

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° 137

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VERTIGE STOMACAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 17 Juillet 1908

PAR

René-Guillaume BORROS

Né à Sigoulès (Dordogne), le 26 octobre 1881.

Examineurs de la Thèse :	{	MM. VILLAR	professeur	} <i>Président.</i>	
		LANDE	professeur		
		MONGOUR	agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		ABADIE	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° 137

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VERTIGE STOMACAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 17 Juillet 1908

PAR

René-Guillaume BORROS

Né à Sigoulès (Dordogne), le 26 octobre 1881.



Examineurs de la Thèse :

MM. VILLAR
LANDE
MONGOUR
ABADIE

professeur ... Président
professeur ...
agréé..... }
agréé..... } Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale....	BEILLE (chargé)
Pathologie et théra- peutique générales.	VERGELY.	Médecine expérimen- tale.....	FERRÉ.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique ophtalmolo- gique.....	BADAL.
Médecine opératoire.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie.....	DENUCÉ.
Clinique d'accouche- ments.....	LEFOUR.	Clinique gynécologique	BOURSIER.
Anatomie pathologi- que.....	COÛNE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie.....	GENTES (chargé).	Chimie biologique...	DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Physique pharmaceu- tique.....	SIGALAS.
Physiologie.....	JOLYET.	Pathologie exotique.	LE DANTEC.
Hygiène.....	LAYET.		
Médecine légale.....	L. LANDE.		
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.		

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR.	MM. ABADIE.
CABANNES.	CRUCHET.
VERGER.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. BÉGOUIN.	Accouchements. {	MM. ANDERODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIÉ.	Histoire naturelle. {	BEILLE.
			MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	MM. BENECH.	Pharmacie..... {	MM. BARTHE.
			LABAT.

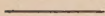
COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE LE DOCTEUR BORROS



A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA GRAND'MÈRE

A MA TANTE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABADIE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

En terminant nos études et selon la tradition qu'il nous est agréable de suivre, nous remercions sincèrement MM. les Professeurs Davezac, Rondot, Pitres, Demons, Pousson, Lagrange, Lefour et Régis, qui ont fait notre éducation médicale et nous ont appris l'art difficile de soulager et de guérir.

Nous remercions M. le Professeur Lagrange du bon accueil qu'il nous a toujours fait lorsque nous avons eu recours à ses conseils, et de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous sommes heureux d'avoir passé dans le service de psychiatrie du professeur Régis, et d'avoir pu apprécier en cette science intéressante et féconde, l'enseignement de ce maître au langage littéraire et chatié.

Le professeur Rondot, fut un des premiers maîtres dont nous avons suivi les précieuses leçons faites au lit des malades et recueilli la bonne parole; en maintes circonstances, nous recevant avec son affabilité coutumière, il nous a donné ses sages et profitables conseils, nous tenons à l'en remercier ici.

M. le Professeur Abadie nous a inspiré le sujet de cette thèse, qu'il veuille bien en recevoir l'hommage avec nos vifs sentiments de reconnaissance et de gratitude.

Nous remercions le Docteur Sellier d'avoir bien voulu mettre à notre disposition des malades de sa consultation et M. le Docteur Dubourdieu de nous avoir facilité l'accès des malades dans les services de l'hôpital.

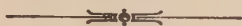
M. le professeur Villar, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il daigne agréer l'expression de nos respectueux remerciements.

Merci à vous, chez amis, qui avez apporté d'heureux jours au temps de mes études, votre souvenir brillera dans ma mémoire comme un clair soleil de jeunesse et d'amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VERTIGE STOMACAL



INTRODUCTION

Il est de notion bien connue que les troubles névropathiques font partie du cortège symptomatique habituel des dyspepsies; ils peuvent, dans certains cas, passer au premier plan, masquer les troubles gastriques et induire en erreur le clinicien peu expérimenté.

Le vertige est un de ces retentissements nerveux qui, faute de n'avoir été rapporté à sa cause exacte, conduit parfois le praticien vers une thérapeutique inefficace et inopportune.

Dans l'étude qui suit, nous avons pensé apporter notre contribution, aussi imparfaite soit-elle, à l'étude et à l'importance du vertige stomacal au cours des dyspepsies.

Notre travail a été ainsi divisé :

- 1^o Chapitre I^{er} : Considérations sur les dyspepsies;
 - 2^o Chapitre II : Etude sur le vertige stomacal;
 - 3^o Chapitre III : Observations de dyspeptiques atteints de vertige et discussion de ces observations;
 - 4^o Conclusions;
 - 5^o Bibliographie.
-

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS SUR LES DYSPEPSIES

Définition et nature des dyspepsies. — La dyspepsie (de δύς difficilement et πέψις digestion) consiste en une difficulté de la digestion. Elle caractérise l'état d'une personne qui, pour une cause ou pour une autre, a une digestion « difficile, lente, pénible, douloureuse, incomplète ».

Le mot dyspepsie, attribué par les uns à Jean de Borris, par les autres à Vogel, est devenu surtout usuel dans les traités médicaux du xviii^e siècle. On a désigné sous ce nom un grand nombre d'états morbides distincts et on a fait de multiples différenciations entre les dyspeptiques. Il se dégage des différents travaux écrits à ce sujet que la dyspepsie, symptôme commun à une foule de maladies aiguës et chroniques, reste subordonnée à des états morbides très différents les uns des autres, et cela même quand elle semble, par ses caractères, devenir une espèce pathologique (Trousseau). Il n'y a pas de dyspepsie essentielle, mais il y a des dyspeptiques. La dyspepsie n'est qu'un symptôme; elle n'est nulle-

ment une entité morbide dont le qualificatif s'applique aux personnes qui souffrent de leur digestion.

De nombreuses discussions ont abouti à diverses théories sur la nature des dyspepsies. Sans entrer dans des détails superflus, disons que quatre opinions principales ont été émises ⁽¹⁾ :

1^o D'après la première opinion, on a surtout pris en considération l'état des parois stomacales ; la dyspepsie serait similaire à une gastrite ; elle serait tout au moins un état congestif de la muqueuse de l'estomac, quelquefois une véritable inflammation atteignant non seulement la muqueuse gastrique mais encore les membranes sous-jacentes ;

2^o D'autres auteurs, ne voyant dans la digestion qu'une opération chimique, n'ont vu dans la dyspepsie que des troubles de chimisme gastrique des produits sécrétoires de l'estomac ;

3^o D'autres praticiens, restant sur le terrain clinique, ont tenu ou tiennent compte de tous les éléments que leur livre l'observation aussi bien chimique que physiologique ou anatomo-pathologique ;

4^o D'autres auteurs, enfin, rattachent la généralité des dyspepsies à l'une des grandes diathèses morbides.

Chacune de ces théories a eu sa raison d'être « suivant l'esprit et les tendances doctrinales du temps où elle a été émise » ; les unes et les autres renferment leur part de vérité ; la question encore « obscure » des dyspepsies est trop vaste, trop complexe, pour que l'on s'en tienne exclusivement à l'une ou l'autre des notions précédentes. D'ailleurs, en la matière, les classifications n'ont qu'une importance secondaire (Bourget), elles sont variables, car chaque auteur ne se place pas au même point de vue.

Etiologie des dyspepsies. — Les causes des dyspepsies sont très nombreuses. Tout d'abord, certaines dyspepsies

(1) Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

font partie du cortège des symptômes observés dans diverses maladies de l'estomac : gastrites aiguës et chroniques, dilatation d'estomac, ulcère, cancer d'estomac, etc. Dans ces cas, la dyspepsie n'est « qu'un épiphénomène associé à des lésions qui forment autant d'entités morbides ».

L'alimentation est souvent une cause de dyspepsie ; c'est un fait bien connu. Telle personne s'étant accoutumée à stimuler les contractions de son estomac et d'en exciter la sécrétion, grâce à l'usage de mets épicés ou de boissons alcooliques, digèrera mal et aura de la dyspepsie le jour où elle changera brusquement ce régime contre une alimentation moins excitante. Telle autre personne habituée à des condiments, des boissons alcooliques, des médicaments nombreux, aboutira, par cet usage trop prolongé, à la dyspepsie et la gastrite. Les gros mangeurs et les forts buveurs de bière finissent par distendre leur estomac et par amoindrir les contractions musculaires habituelles ; la dyspepsie est encore un résultat de cette asthénie musculaire. Un excès contraire, la privation d'aliments, favorise également la dyspepsie.

A côté des dyspepsies consécutives aux fautes d'hygiène alimentaire ou à l'ingestion de substances irritantes, se placent les dyspepsies dites *secondaires* ; ce sont des affections chroniques au cours desquelles les accidents gastriques prennent une importance prépondérante et masquent parfois la maladie primitive (Roux).

Par l'intermédiaire des plexus abdominaux, l'estomac peut refléter des altérations d'organes voisins tels que le foie, l'intestin et l'appendice, la vésicule biliaire, les déplacements et les ptoses abdominales, la grossesse et les affections de l'utérus, etc. La dyspepsie peut se traduire encore au cours de certaines auto-intoxications : urémie, empoisonnement urinaire, rétention prostatique, ou au cours de diverses intoxications : plomb, mercure, arsenic ; elle peut aussi résulter d'une affection cardiaque, pulmonaire, ou être

sous la dépendance de l'anémie, de la chlorose ou d'une diathèse : goutte, arthritisme, tuberculose, etc.

L'influence du système nerveux sur les maladies d'estomac n'avait pas échappé aux anciens auteurs. Décrite sous des dénominations différentes, la dyspepsie nerveuse est, de nos jours, pour les neurologistes, d'une grande importance. Une émotion violente, une fatigue même légère chez des gens nerveux à résistance amoindrie, un état neurasthénique, l'hystérie, l'hypocondrie, la mélancolie, peuvent déterminer la dyspepsie. Dans certains cas, on a affaire à de faux dyspeptiques et le diagnostic est difficile. Dans d'autres cas, la cause étiologique devient délicate à préciser, car il faut faire la part qui revient dans la maladie aux symptômes nerveux primitifs ou aux symptômes nerveux secondaires.

Symptômes et caractères des dyspepsies. — Les troubles fonctionnels constitutifs des dyspepsies peuvent être, suivant leur prédominance, divisés en plusieurs variétés; de telles divisions sont artificielles et il ne faut pas oublier que diverses variétés peuvent être associées chez le même sujet.

Souvent, le dyspeptique se caractérise par son inappétence; il n'a pas la sensation de la faim; parfois il se plaint de crampes d'estomac; il mange sans appétit.

La digestion des aliments est lente, peut être accompagnée de douleurs à l'estomac, de ballonnement à l'épigastre, de congestion de la face, de tendance au sommeil, d'éruclation.

Dans la dyspepsie, une part prépondérante doit être accordée à la douleur; c'est l'avis de Debove et de nombreux auteurs. « Un dyspeptique, a dit Laségue, n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir ». « La dyspepsie, a déclaré encore Soupault, est l'hyperesthésie du plexus solaire ». La nature et les caractères des douleurs sont très variables chez les dyspeptiques. Elles peuvent varier depuis le simple malaise jusqu'à une violence extrême et presque syncopale. Elles se font sentir presque constamment au creux épigastrique et elles s'irradient dans divers sens; il est rare qu'elles

se manifestent en des endroits plus ou moins distants de l'estomac.

Les dyspeptiques ont généralement la langue saburrale; la constipation est la règle.

A côté de ces symptômes fonctionnels, citons comme symptômes généraux : les maux de tête, l'amaigrissement et l'anémie, un état neurasthénique et adynamique, des palpitations et divers retentissements sur différents organes sur lesquels nous dirons plus loin quelques mots.

*
**

Chez certains malades, la dyspepsie se caractérise par des symptômes spéciaux ou prédominants :

Dans la dyspepsie *flatulente*, aussitôt après l'ingestion des aliments ou quelques instants après les repas, on observe chez les malades l'existence d'une forte quantité de gaz (fermentation, déglutition d'air) dans l'estomac et l'intestin, qui se traduit par un fort ballonnement; ballonnement pénible atténué par de nombreuses éructations.

Dans la dyspepsie *boulimique*, il n'y a pas d'inappétence à proprement parler. Le malade éprouve constamment une sensation de vide dans l'estomac; à peine at-il mangé que cette sensation réapparaît; mais, c'est plutôt un faux besoin que de l'appétit réel. La faim, alors même qu'elle est satisfaite, s'accompagne de sentiment de faiblesse. Il n'y a pas d'éructations ni de flatuosités, comme dans le cas précédent, ni de vomissements; la constipation est habituelle quoique, dans certains cas, on note de la diarrhée par suite d'évacuation trop rapide de l'estomac.

La dyspepsie avec *hyperchlorhydrie* est marquée par un accès gastralgique survenant trois heures environ après les principaux repas, et accompagnée de régurgitations acides ou pyrosis. La digestion est assez rapide, l'appétit conservé ou même exagéré; le chimisme stomacal indique une augmentation de la pepsine et de l'acide chlorhydrique libre et combiné.

La *maladie de Reichmann* se rapproche de la dyspepsie précédente; toutefois, la crise gastralgique survient plutôt quelques heures après le repas du soir, la nuit, et avec violence. On observe, en outre, des vomissements très acides, une altération de l'état général, de l'amaigrissement, de l'asthénie, de la dilatation d'estomac avec rétention et hyper-sécrétion continue.

La dyspepsie des *hypochlorhydriques* n'est pas douloureuse. Elle est marquée par de l'anorexie, de la lenteur digestive et parfois des régurgitations acides, mais moins acides que celles de la dyspepsie hyperchlorhydrique. L'estomac est distendu par les gaz; le suc gastrique contient des acides de fermentation; il est hypoacide et son pouvoir digestif est diminué.

Dans la dyspepsie avec *dilatation*, l'estomac se vide mal; à jeun, il contient encore des résidus alimentaires et des liquides. Cette rétention est associée à des troubles de sécrétion gastrique variés : hypochlorhydrie, hyperchlorhydrie, hypersécrétion; suivant les cas, les symptômes sont variables.

Dans la dyspepsie avec *atonie*, on observe de l'appétit incertain, de la tension au niveau de la région épigastrique pendant les digestions; celles-ci sont lentes, accompagnées d'éruclations gazeuses, de régurgitations; il survient de l'indigestion ou des vomissements à l'occasion du moindre excès alimentaire. Il n'y a pas de rétention gastrique, ni de douleur; contrairement à la dyspepsie avec dilatation, ici l'estomac se vide bien dans l'intervalle des repas.

La dyspepsie *douloureuse* se distingue parfois des accès gastralgiques, de l'hypersécrétion ou de l'hyperchlorhydrie; elle s'observe chez beaucoup de névropathes et se caractérise souvent par une hypéresthésie particulière de la muqueuse gastrique.

Les dyspepsies ne revêtent pas toujours les types précédents; il arrive que les symptômes s'associent entre eux et que les troubles sécrétoire, sensitif ou moteur ne restent pas isolés. C'est ainsi qu'on est amené à considérer, suivant leurs causes, des dyspepsies différentes avec les maladies dans lesquelles on les rencontre.

La dyspepsie des *cardiaques* se distingue par de l'atonie gastrique, par la diminution ou même la disparition de l'acide chlorhydrique. Les symptômes se montrent variables avec les lésions. C'est ainsi que chez les *aortiques*, on note tantôt des crises gastriques avec hyperchlorhydrie, survenant en dehors des repas ou deux ou trois heures après, tantôt de véritables accès d'angine de poitrine pseudo-gastralgiques après les repas. Dans les lésions *mitrales*, il y a congestion passive de l'estomac et le malade présente les troubles de la dyspepsie flatulente avec hypochlorhydrie.

La dyspepsie des *urinaires* et des *brightiques* est marquée par de l'anorexie, de la sécheresse de la bouche, par l'état saburral ou la rougeur de la langue, parfois par une odeur particulière de l'haleine et des vomissements; on note encore de l'hypoepsie.

Chez les *tuberculeux*, la dyspepsie se caractérise souvent par de la toux gastrique survenant peu après le repas; cette toux finit par déterminer des vomissements qui, s'ils se répètent souvent, créent une rapide dénutrition. On note aussi de l'anorexie, des digestions lentes et pénibles, de la dilatation et de la diminution de la motricité de l'estomac. A la période avancée de la phtisie, l'anorexie est absolue et il survient de la diarrhée.

Chez les *alcooliques*, la dyspepsie se traduit par des digestions longues, pénibles, s'accompagnant d'oppression, ballonnement du ventre, congestion de la face, pyrosis; les indigestions sont fréquentes, suivies de vomissements. Le matin, on observe de la pituite; l'appétit est très diminué, la sécrétion salivaire augmentée; la langue est très chargée.

Des troubles nerveux sont fréquemment surajoutés : migraines, vertiges, palpitations, accès d'oppression.

La dyspepsie des *cirrhotiques* est marquée par de l'anorexie, de l'hypopepsie, parfois des hématomésés (varices œsophagiennes) et des troubles variés.

La dyspepsie des *goutteux* se montre par accès. Le ventre est ballonné pendant les digestions, la face est congestionnée; la tendance au sommeil, la lourdeur de la tête, les vertiges sont marqués; des troubles hépatiques sont souvent associés.

Dans la dyspepsie des *chlorotiques*, l'état de la sécrétion gastrique est très variable : tantôt elle est normale, tantôt diminuée, tantôt exagérée; toutefois l'hyperpepsie domine (Hayem). La gastralgie et l'hyperesthésie de la muqueuse sont souvent constatées.

La dyspepsie *nerveuse* est très variable dans ses formes. Disons que dans l'état dyspeptique décrit sous le nom de *gastroxie nerveuse* ou *gastroxynsis*, surviennent des accès constitués par de la céphalée violente, des brûlures à l'estomac et des vomissements extrêmement acides. Les accès éclatent le plus souvent sous l'influence de travaux intellectuels excessifs; ils apparaissent par intervalles et disparaissent sous l'influence du repos; on peut les calmer au moyen de l'ingestion d'eau chaude.

Dans la dyspepsie *neurasthénique*, à côté d'une forme douloureuse accentuée, on rencontre dans la pratique une dyspepsie assez fréquente, généralement bénigne, avec dilatation asthénique de l'estomac, où, à côté des malaises plus ou moins accentués, les phénomènes douloureux sont peu nets.

Dans les psychoses enfin, on rencontre souvent de *faux dyspeptiques*. Il s'agit de dégénérés, hypochondriaques, mélancoliques, paralytiques généraux, chez qui il n'existe pas de troubles très appréciables physique ou fonctionnel de l'estomac.

Les dyspepsies quelles que soient leur nature et leur cause, sont susceptibles de retentir sur la plupart des organes, sur leurs fonctions et sur l'état général. Elles sont ainsi l'origine d'un grand nombre d'affections; c'est là un point encore mal connu de la pathologie et qui mérite, en raison des déductions pratiques qu'il comporte, une étude approfondie (Robin). La question cependant n'est pas aussi simple qu'elle pourrait paraître, car il est difficile souvent de juger si *la dyspepsie est la cause ou l'effet des troubles observés*.

Du fait des dyspepsies, la digestion intestinale est troublée; de l'entérite muco-membraneuse, de la diarrhée, peuvent survenir comme complications. Pour Robin, l'appendicite est sous la dépendance de la dyspepsie hypersthénique et quelquefois des fermentations gastriques.

Parmi les retentissements cardiaques, citons les palpitations, les intermittences et les arythmies, la tachycardie et la bradycardie transitoires, les crises pseudo-angineuses.

De l'asthénopie accommodative et musculaire, l'apparition de scotomes, de la pseudo-conjonctivite, des troubles de la sensibilité rétinienne, de la migraine ophtalmique, des bourdonnements d'oreille, ont pu être notés comme résultats du retentissement des dyspepsies.

L'origine de certaines dermatoses a souvent été indiquée comme étant gastrique.

Les retentissements d'origine dyspeptique ne sont pas les seuls; on a encore décrit des cirrhoses dyspeptiques, de l'ictère dyspeptique, de la glycosurie et du diabète dyspeptiques, de l'albuminurie et de la phosphaturie dyspeptiques, etc.

Dans la pratique courante, enfin, les retentissements nerveux et psychiques de la dyspepsie sont importants à connaître. Parmi les troubles nerveux citons :

- Le vertige stomacal;
- La migraine;
- Les céphalalgies et les céphalées;
- Les névralgies;

Les hyperesthésies cutanées;
Les troubles moteurs et vasomoteurs;
La neurasthénie.

Comme troubles psychiques indiquons :

L'hypocondrie;
La maladie cérébro-gastrique de Levin;
Les psychoses;
L'insomnie;
Les terreurs nocturnes des enfants;
La toux, les spasmes laryngés, le hoquet, les baillements;
La dyspnée;
L'épilepsie et les états convulsifs;
La tétanie;
Le coma dyspeptique.

Dans le chapitre suivant, nous allons entreprendre l'étude importante du vertige stomacal, qui se rencontre particulièrement dans certaines formes de dyspepsies.

CHAPITRE II

LE VERTIGE STOMACAL

Parmi les nombreux troubles nerveux que l'on peut observer au cours des dyspepsies, un des plus intéressants est le vertige.

Ce syndrome, sur lequel on a tant discuté, et sur lequel on discute encore, peut se produire, nous le savons, dans un grand nombre de circonstances, reconnaître des causes variées.

Il peut être *d'origine sensorielle* provoqué par une affection auriculaire; il reconnaît alors généralement une lésion de l'oreille interne et constitue le vertige de Ménière; plus rarement il relèvera d'une lésion de l'oreille externe. Moins fréquemment certaines affections oculaires (diplopie) peuvent lui donner naissance. Le vertige nasal est nié par la plupart des auteurs.

Le vertige s'observe également au cours d'un certain nombre d'affections de *l'axe cérébro-spinal* (tabes, paralysie générale, tumeurs, hémorragie, ramollissement, sclérose en plaque, etc.).

Il peut être sous la dépendance de *névroses* (hystérie, neurasthénie, épilepsie, migraine, etc.).

Divers *poisons* peuvent déterminer du vertige : l'alcool, le tabac, certaines solanées, ciguë, morphine, chanvre indien, les champignons, l'ergot de seigle, la digitale, le plomb, l'arsenic, le tartre stibié, la pellétiérine, la quinine, le salicylate de soude; de même certains gaz : oxyde de carbone, acide carbonique, gaz d'éclairage.

Les *diathèses*, diabète, goutte; les *troubles circulatoires* (artériosclérose, lésions aortiques); la *ménopause* sont également susceptibles de déterminer du vertige.

Dans les *affections génitales*, chez la femme; dans les *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, grippe, etc.), ce syndrome est noté d'une façon courante.

Signalons un vertige d'une nature spéciale, appelé vertige de Gerbier, trouvé dans certaines parties de la France (Jura) et au Japon.

Mais le plus fréquent de tous les vertiges de cette liste, longue et cependant incomplète, c'est assurément celui qui est lié *aux affections gastro-intestinales* (dyspepsie, constipation, helminthiase, ptoses, etc.)

La multiplicité des facteurs qui peuvent intervenir pour provoquer le vertige nous explique la difficulté qu'aura parfois le clinicien à le rapporter à telle ou telle cause; dans certains cas, plusieurs facteurs pouvant être réunis chez le même individu et contribuer chacun pour leur propre compte à la production de ce symptôme.

Il ressort de là que le diagnostic du vertige stomacal ne s'impose pas toujours, qu'il sera dans certains cas difficile à dépister. Il y a donc intérêt à bien connaître ce vertige; car d'un diagnostic exact peut dépendre une thérapeutique appropriée et partant efficace.

Avant de passer en revue l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et le diagnostic de cette affection, nous rapporterons succinctement les discussions des auteurs sur la signification du mot vertige.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique*, nous voyons que pour Guéneau de Mussy « c'est un trouble cérébral, une erreur de sensation, sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personne ou les objets environnants sont animés d'un mouvement gyratoire ou oscillatoire. » C'est, dit Stephen Mackenzie, « la conscience de l'équilibration désordonnée. »

Pour Lasègue, la crise vertigineuse est décomposable en une multitude d'états ; mais pour lui, le fait fondamental serait le trouble de l'équilibre, les troubles sensoriels seraient secondaires. Les troubles moteurs sont aussi les plus importants pour cet auteur anglais, qui définit le vertige : « un début de titubation (Jackson). »

Pour Graniger Stewart, et après lui Weill, les deux sortes de troubles sensoriels et moteurs existent dans tout vertige ; mais « il n'y a dans aucun cas perte de connaissance. »

Si l'on s'en tient à cette définition, il est tout une catégorie de troubles dénommés jusqu'ici vertiges, qui doivent être rayés de la nomenclature classique (vertige épileptique, vertige de la plupart des affections cérébrales, vertige labyrinthique, forme apoplectiforme, etc., etc.)

Dans le traité de Brouardel et Gilbert, Achard dépeint le vertige : « la sensation illusoire d'instabilité en vertu de laquelle il semble au sujet qu'il se déplace lui-même ou que les objets environnants se déplacent. »

Récemment, une longue polémique s'est engagée à ce sujet entre Grasset et Bonnier.

Pour Grasset, « le vertige est avant tout une sensation, c'est-à-dire un phénomène subjectif de conscience. Il peut avoir des causes et des conséquences objectives, mais essentiellement, il est subjectif et conscient. Il n'y a pas de vertige s'il n'y a pas pendant un temps plus ou moins long une vraie sensation consciente. »

Pour Bonnier, au contraire, « le vertige n'est qu'un trouble nucléaire des centres bulbo-protubérantiels du nerf vestibulaire et particulièrement des vastes noyaux étalés sous le

plancher du quatrième ventricule ». Ce trouble peut être ou n'être pas représenté dans le champ des images conscientes. « Je me suis élevé, dit-il, contre la confusion faite par tous les auteurs passés, par ceux qui m'ont d'ailleurs suivi et en dernier lieu par M. Grasset, entre un phénomène de siège bulbaire le vertige, et un autre phénomène de siège beaucoup plus élevé dans l'axe cérébro-spinal, c'est-à-dire de localisation corticale, la sensation de cet état vertigineux. »

Ranjard a essayé de concilier les deux opinions en considérant le vertige « comme un phénomène psycho-physiologique constitué par un trouble fonctionnel de l'appareil d'orientation et d'équilibre (phénomène physiologique) associé à une sensation de désorientation et de déséquilibre (phénomène psychique); ces deux éléments fondamentaux s'accompagnent ou non de troubles accessoires, conséquence du phénomène psychique ou irradiations du phénomène physiologique.

Nous arrêterons là la série des définitions et des discussions des auteurs qui ont étudié ce syndrome clinique.

En attendant d'être mieux fixé, et faute de données très précises, nous prendrons, en ce qui concerne le vertige stomacal qui seul nous intéresse ici, le mot dans son acception la plus large; nous verrons qu'on peut englober dans ce terme, une série de troubles, d'apparence bien différents et qui, cependant essentiellement, sont constitués par une sensation plus ou moins grande de déséquilibre pouvant aller jusqu'à la chute.

Connu depuis fort longtemps, Trousseau, le premier, donne une description restée classique du vertige au cours de certains troubles gastriques, et qu'il appelle, pour cette raison, du nom de vertige « a stomacho læso » ; depuis, un de ses élèves, Blondeau, l'a appelé plus simplement du nom de « vertige stomacal ». Peut être serait-il plus logique de dire vertige gastro-intestinal, les troubles de ces deux parties du tube digestif étant trop étroitement liés, et le

point de départ à faire entre les deux noms paraissant très difficile ou même impossible.

Les causes déterminantes du vertige stomacal, sa pathogénie exacte ne sont pas encore très bien connues.

Cependant, il est un certain nombre de données qui paraissent actuellement assez bien établies.

Depuis longtemps on avait remarqué que le vertige ne se rencontrait pas indifféremment dans toutes les affections stomacales. Trousseau, dans ses cliniques, signale ce fait assez curieux que les lésions sérieuses de l'estomac ne s'accompagnent pas de vertige; c'est ainsi qu'au cours du cancer, de l'ulcère, des sténoses pyloriques, le vertige fait presque toujours défaut. Aussi a-t-on pu dire avec justesse: « la lésion chasse le vertige ».

Par contre, ce symptôme serait très fréquent au cours des dyspepsies. Cela n'avait pas échappé au grand clinicien qu'était Trousseau; après lui, les auteurs ont confirmé ce fait.

Mais nous avons vu que les dyspepsies peuvent être classées en plusieurs variétés; dans quelle forme de dyspepsie rencontre-t-on le plus souvent le vertige? Les avis sont partagés. Le plus grand nombre des auteurs en font l'apanage du catarrhe stomacal chronique (Hitzig). Mais on discute pour savoir si c'est dans l'hyperchlorydrie ou dans l'hypochlorhydrie qu'il est plus spécialement trouvé. Cette distinction ne paraît pas justifiée pour ce qui est du vertige; ce symptôme est rencontré aussi bien chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques. Nous avons fréquemment entendu répéter cette notion par nos maîtres; nous avons enfin pu, par nous-mêmes, constater chez des malades du docteur Sellier, atteints de vertige stomacal, que certains avaient un chimisme au-dessus de la normale, d'autres au-dessous de la normale. Quelques-uns même appartenaient à cette catégorie de dyspeptiques présentant un certain nombre de signes fonctionnels, mais chez lesquels, cependant, l'examen du suc gastrique ne montre pas de modifications appréciables.

Pour Boas, toutefois, et cet auteur est très affirmatif, ce n'est pas dans le catarrhe gastrique chronique qu'on trouve le vertige, mais seulement dans la myasthénie gastrique ou intestinale. L'atonie gastrique, le défaut de tonicité de la musculature de l'estomac est un symptôme très fréquent tant chez les hyper que chez les hypochlorhydriques, autrement dit : trouble de la sécrétion et de tonicité de l'estomac sont très souvent liés. Aussi, ne paraît-il guère possible de rattacher le vertige stomacal plus à l'un qu'à l'autre. Nous savons d'ailleurs qu'actuellement toutes les diverses formes de dyspepsie basées sur les variations du chimisme n'ont plus l'importance que l'on pensait. Ces variations de teneur en acidité sont assez grandes chez les individus normaux. Chez les sujets souffrant de l'estomac, le syndrome hyperchloridrie peut s'observer avec un chimisme hyponormal ; les douleurs, le pyrosis des hyperchlorhydriques peuvent exister dans l'hypochlorhydrie (fausses hyperchlorhydries, Sellier, thèse de Miffre).

On connaît mieux l'influence de certains facteurs sur la production du vertige. Certains aliments peuvent, chez quelques malades, donner naissance à leur crise. Hitzig signale : les œufs, le poisson, les aliments gras.

Il y a là une action individuelle très variable qui ne paraît obéir à aucune règle ; nous citerons comme preuve le cas de ces malades chez lesquels, au contraire, la prise d'aliments peut mettre fin à leur vertige. De même certaines boissons glacées, le café, provoqueraient d'une façon évidente, chez quelques malades, la sensation vertigineuse. Trousseau avait déjà, lui aussi, constaté l'action funeste du café. Le tabac a été également incriminé et à juste titre. Nous avons, dans nos observations personnelles, un cas où l'action de ce facteur est très nette,

Plus fréquemment on trouve dans le récit de ces malades l'action manifeste de certains mouvements tels que renverser la tête en arrière, s'asseoir et se baisser. L'action de se pencher en avant ne le provoquerait que rarement, d'après

Trousseau ; pour notre part nous l'avons notée dans plusieurs observations.

« La moindre circonstance peut devenir l'occasion de ces vertiges. Un mur treillagé, une file de barreaux, une tenture rayée dans un appartement, les font naître : treillage, barreaux, raies de la tenture se confondent entre eux dans une sorte de brouillard ; la vue s'obscurcit. » (Trousseau) ; on a également signalé des causes prédisposantes. Pour Trousseau l'anémie serait souvent observée chez les malades porteurs de ce trouble. Riegel, à son tour, se demande si ce n'est pas une conséquence d'un trouble de l'alimentation générale.

Le moment de la journée, l'état de vacuité ou non de l'estomac, avait-on pensé, ne sont pas indifférents chez tous les malades. Riegel cite le cas d'un hyperchlorhydrique atteint de vertige, chez lequel ce trouble se produisait seulement le matin, à jeun, lorsque l'estomac était vide. La prise des aliments chez ce malade mettait fin à sa crise. Trousseau avait remarqué également que le plus souvent le vertige avait lieu en dehors des heures du repas, lorsque l'estomac est vide ; mais il dit cependant avoir observé des malades chez lesquels il avait lieu, au contraire, à l'issue du repas, et lorsque l'estomac était plein, au cours de digestion difficile. Leube signale un cas analogue, la crise de vertige éclatait lorsque l'estomac était plein et prenait fin après l'expulsion de renvois.

Mais il n'y a pas ici non plus de règle fixe. Le plus souvent le vertige apparaît à une heure indéterminée de la journée ; tantôt lorsque le sujet se promène dans la rue, tantôt lorsqu'il est assis occupé à son travail, tantôt lorsqu'il est étendu au lit.

Dans l'étiologie du vertige, on a fait intervenir la constipation ; lorsque l'on interroge avec soin les malades, on est, en effet, frappé de la fréquence de ce symptôme. Mais à vrai dire, c'est là un phénomène très commun dans les dyspepsies, qui fait partie du cortège symptomatique habituel de cette affection ; elle est une manifestation d'un fonctionnement

défectueux du tractus gastro-intestinal et ne doit pas être séparé des autres troubles dyspeptiques, le vertige étant, nous l'avons dit, non pas exclusivement stomacal mais gastro-intestinal. Nous devons d'ailleurs dire qu'il y a encore des exceptions, que le vertige peut être rencontré chez des gens ayant de la diarrhée ou de l'absence de constipation.

Si nous résumons ces considérations, il semble ressortir que si le vertige stomacal peut reconnaître un certain nombre de causes occasionnelles variables avec les sujets, il naît parfois brusquement sans cause apparente très appréciable.

Cependant en première ligne doit être mis un facteur que l'on retrouve chez tous ou presque tous les vertigineux ; c'est une prédisposition névropathique que l'on peut aisément relever dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade. Dans son article sur le vertige, Hitzig insiste sur l'importance de cette notion qui, pour lui, a plus de valeur que toutes les autres. Très fréquent est le vertige, mais plus fréquente encore est la dyspepsie ; si tous les dyspeptiques ne présentent pas ce trouble, c'est que tous n'ont pas cette prédisposition qu'ont certains individus à faire un accident d'ordre nerveux à propos de toutes perturbations apportées en un point quelconque de leur organisme. Comme l'a fait remarquer Hitzig, à juste raison d'ailleurs, la neurasthénie, l'hystérie peuvent exister chez des dyspeptiques vertigineux.

Mais il faut savoir aussi que précisément les adversaires du vertige stomacal ont tiré de ce fait des arguments pour nier son existence ou tout au moins en faire une affection rare. Ces malades, disent-ils, sont des névropathes qui font du fait de leur trouble nerveux de la dyspepsie et du vertige stomacal secondairement. La cause réelle, en définitive, de leur vertige, serait leur névrose. Si cette objection est parfaitement fondée dans certains cas, elle est bien moins établie dans beaucoup d'autres ; il n'existe pas, autrement dit, que des dyspepsies nerveuses. La meilleure preuve que l'on en puisse donner est ce fait qu'une thérapeutique gastro-intes-

tinale donne de bons résultats chez les seconds et échoue chez les premiers. Nous disons thérapeutique gastro-intestinale, car nous l'avons déjà fait remarquer, le mot vertige stomacal n'est pas assez compréhensif, troubles stomacaux et intestinaux étant solidaires les uns des autres et toujours associés.

Ainsi envisagé, le vertige stomacal est une affection fréquente, très couramment observée par le clinicien. Nous avons à ce sujet fait une enquête sur les malades venant à la consultation de M. le professeur Pitres pour des troubles dyspeptiques. Nous avons pu nous convaincre du bien fondé de ce fait. Dans près d'un quart des cas, les malades se plaignent de vertige en relation avec un fonctionnement défectueux de leur appareil digestif.

Beaucoup plus difficile est de dire le mécanisme du vertige stomacal. Sa pathogénie est mal connue. On entre ici dans le domaine des hypothèses ; les avis sont partagés.

Pour Trousseau, il serait dû à un réflexe ayant son point de départ au niveau de la muqueuse stomacale et agissant sur la circulation cérébrale. « Tout porte à croire, dit Robin, que ce réflexe a pour conséquence une anémie passagère ».

Après le travail de Bouchard, on fit jouer à la théorie de l'auto-intoxication le rôle prépondérant ; elle conserve encore de nombreux partisans.

Cependant, dans certains cas, l'auto-intoxication ne peut être invoquée, les fonctions digestives étant véritablement trop peu altérées. La théorie réflexe devient plus plausible. Hitzig se demande si l'on ne pourrait pas penser qu'il s'agit d'irritations anormales par tiraillements du vague et du sympathique ; ces irritations seraient transmises aux centres.

Quoiqu'il en soit, les deux théories réflexe et de l'auto-intoxication peuvent être invoquées très souvent avec autant de vraisemblance l'une que l'autre ; il y aurait peut-être lieu de les garder toutes les deux ; la pathogénie du vertige stomacal ne serait pas univoque.

Les otologistes pensent en majorité que les troubles dyspeptiques agiraient en produisant des phénomènes labyrinthiques par troubles circulatoires (congestion ou anémie), par auto-intoxication, par l'intermédiaire d'un état neurasthénique ; ils n'engendrent pas directement le vertige (Lannois et Chavanne). C'est aussi l'avis de Woakes ; pour cet auteur, la chaîne réflexe est formée par un rameau du pneumogastrique qui va au ganglion cervical inférieur ; celui-ci innerve l'artère vertébrale, vaisseau qui fournit au labyrinthe. Cette opinion a été ruinée par Alexander qui, liant les deux vertébrales chez plusieurs épileptiques, a constaté parfois des tintements d'oreilles et de la surdité et une seule fois du vertige.

Le tableau clinique du vertige est très variable avec les individus ; chez le même individu les crises n'ont pas toujours la même physionomie. Trousseau, dans ses cliniques, en a rapporté des exemples. Nous ne pourrions mieux faire que de rappeler ici l'un des cas décrit par le grand clinicien. Il s'agit d'une malade qui, à la suite de surmenage physique, d'ennuis moraux, faisait quelques troubles dyspeptiques. Au cours d'un voyage à Paris, « elle avait à peine fait trois kilomètres dans la rue, qu'elle se sentait prise d'un étourdissement, de pesanteur de tête sans douleur aiguë, sans éblouissements, sans tendance à la syncope. Il lui sembla presque en même temps que la terre s'entr'ouvrait devant elle, ses jambes fléchissaient et elle se sentait entraînée irrésistiblement vers l'abîme qu'elle croyait voir ouvert sous ses pas. Cette singulière hallucination était accompagnée de nausées, d'envie de vomir et même de vomissements, constitués par des matières alimentaires prises le matin, puis d'une petite quantité de liquide clair. Cependant la malade conservait son entière connaissance et, tout en poussant des cris de terreur, tout en priant son fils de la retenir et de l'empêcher de rouler dans le gouffre qu'elle avait devant les yeux, elle avait parfaitement conscience de cette erreur de ses sens. Cette singulière sensation dura dix minutes, et, en nous en ren-

dant compte, elle disait qu'elle pouvait comparer ce qu'elle avait éprouvé à ce que l'on ressent lorsque, monté sur le haut d'un clocher, on regarde le sol au-dessous de soi. Son vertige était si violent, que pour l'empêcher de tomber, on fut obligé de l'asseoir, de la transporter dans l'habitation la plus voisine, et de la coucher sur un lit. A la pesanteur de tête succéda bientôt une douleur vive; il lui semblait, disait-elle, qu'on lui fendait le crâne. Pendant plusieurs heures, elle fut incapable de supporter le mouvement de la voiture qui venait la prendre et on fut obligé de la laisser jusqu'au soir dans la maison où elle avait reçu l'hospitalité. Dans la soirée, tout semblait à peu près dissipé, et la malade se trouva en assez bon état pour venir à pied chez elle. La marche lui fit même du bien, elle conserva la tête lourde quelque temps. Elle mangea de bon appétit et dormit d'un sommeil très calme. »

Le lendemain, ayant repris son voyage, la malade fut à nouveau atteinte d'accidents analogues à ceux de la veille. « Au moment où elle descendait de voiture, elle eut un étourdissement qui l'obligea, pour ne pas tomber, de s'appuyer sur le bras d'un de ses compagnons de route. Il lui semblait voir les maisons danser, comme emportées très haut pour retomber ensuite et s'abîmer dans la terre qui lui paraissait s'ouvrir et elle aussi se sentait attirée vers le gouffre. Cette sensation, dont elle garda longtemps une impression de terreur, dura près de dix minutes. Cependant, comme la veille, elle avait la parfaite conscience de son illusion et répondait avec toute sa lucidité d'esprit aux questions qu'on lui adressait. »

A côté de ce vertige, à grand orchestre pourrait-on dire, on trouve chez les dyspeptiques, des troubles beaucoup plus légers d'intensité et de durée moindre, de physionomie aussi très différente, que l'on peut cependant considérer comme de petits vertiges; car en définitive, ils consistent essentiellement dans une sensation de déséquilibre obligeant le sujet qui en est atteint à chercher un appui.

C'est ainsi que l'on relève dans le récit de certains malades, les troubles suivants qu'ils appellent d'eux-mêmes très fréquemment du mot de vertige. Brusquement, sans cause appréciable, le malade ressent un trouble devant les yeux, une sorte de brouillard, il voit de petits points étincelants ou de points sombres qui sautillent ; surpris, il porte instinctivement la main à son front, ou cherche un appui, mais, déjà, les accidents cérébraux ont disparu, ils n'ont pas duré une seconde. Si rapide qu'aient été les phénomènes, on trouve à côté des troubles sensoriels, ici d'ordre visuel, un trouble d'équilibre qui le fait s'immobiliser ou s'appuyer, et à ce titre, ces troubles nous semblent pouvoir être considérés comme de même ordre.

Entre cette forme avortée, pourrait-on dire, du vertige gastrique et la forme *gyrosa* dans laquelle désordres sensoriels et moteurs atteignent leur maximum, il existe toute une gamme de troubles de variété et d'intensité différentes.

Les troubles visuels ou tous phénomènes, rappelant un peu ce que l'on éprouve par la pression des globes oculaires, vont tantôt du simple brouillard à la vision de points étincelants, de points noirs ou diversements colorés ; d'autres fois ce sont de grandes raies noires ou des cercles noirs qui s'inscrivent rapidement ; d'autres fois encore, le malade n'a pas d'obscurcissements de sa vue, il garde la vision nette des choses ; mais tous les objets environnants sont animés de mouvements divers : tantôt ils semblent défiler rapidement devant le malade de droite à gauche ou de gauche à droite, tantôt les objets tournent en rond devant le malade, tantôt autour de lui ; d'autres fois enfin, il est lui-même entraîné et participe à ces mouvements de rotation ; il lui semble que le plancher a des ondulations de vagues, ou s'il est étendu, que son lit bascule de droite à gauche ou d'avant en arrière.

A côté des troubles visuels, les plus fréquents, les plus variés qui ne sont, pour ainsi dire, jamais absents, on peut rencontrer quelques phénomènes auditifs toujours assez légers :

sifflements, bourdonnements, qui disparaissent avec la crise, ne laissant pas la moindre diminution de l'acuité auditive.

Comme les troubles sensoriels, les troubles moteurs vont de la simple sensation de titubation jusqu'à la chute sur le sol.

Dans certains cas, le petit degré d'instabilité peut être localisé à la tête ; le malade se contente de s'immobiliser ou de se tenir la tête avec la main ; la sensation d'oscillation peut être plus prolongée, plus forte, le malade ressent quelque chose d'analogue à ce qui se passe après un diner un peu trop copieusement arrosé ; d'autres fois enfin, les jambes participent au trouble de l'équilibre, le malade sent ses jambes devenir cotonneuses, elles se dérobent sous lui, elles fléchissent et peuvent entraîner la chute si le malade n'a pas le temps de chercher un appui.

Ces troubles d'équilibration, ces troubles de la motilité, disparaissent généralement en même temps que les phénomènes sensoriels. Cependant, l'état de faiblesse des membres inférieurs peut persister plus longtemps et le sujet ne recouvrer ses forces que quelques heures après ; alors seulement il lui est possible de reprendre ses occupations.

Phénomènes sensoriels et phénomènes moteurs s'associent entre eux et donnent naissance à des types variés. Mais quels que soient la physionomie particulière de chacun d'eux, il s'y greffe des troubles secondaires eux-mêmes variables en qualité et en quantité. Surpris par ces accidents cérébraux, le sujet qui en est atteint, surtout les premières fois, en conçoit une grande frayeur, l'angoisse se peint sur son visage lorsque l'accès dure quelques minutes, il devient pâle, il a des palpitations, la sueur perle sur son front, son cœur bat fort et vite, ses tempes battent fort, il peut être agité de tremblements. Il arrive parfois que ces troubles occupent le premier plan, et que seuls ils inquiètent le malade. Cependant ils n'appartiennent pas, à proprement parler, au tableau du vertige ; ils traduisent la réaction plus ou moins forte, sui-

vant le tempérament de l'individu, de l'émotion, de l'angoisse qu'il éprouve.

Tous ces symptômes, troubles sensoriels, troubles moteurs, troubles émotionnels, peuvent, nous le voyons, s'associer, se combiner pour donner aux formes cliniques de vertige une grande diversité.

Malgré ce polymorphisme apparent, il n'en existe pas moins dans le vertige stomacal, un fond commun, quelques caractères qui permettront souvent au clinicien prévenu de le soupçonner, sinon de le diagnostiquer au seul récit du malade.

Tout d'abord un caractère fondamental du vertige gastro-intestinal, est *l'absence de perte de connaissance*. Tous les malades sont affirmatifs sur ce point ; même lorsqu'ils tombent, leur conscience n'est jamais annihilée ; ils restent en relation avec le monde extérieur ; et si parfois il arrive qu'ils ne répondent pas aux questions que leur posent les gens de l'entourage, c'est que le moindre mouvement, le fait de parler lui-même, exagère leur vertige.

Ce premier point établi permet déjà d'éliminer, tous les ictus vertigineux dans lesquels il y a perte de connaissance pendant un temps plus ou moins long comme cela arrive au cours de certaines affections de l'axe cérébro-spinal (tabes, paralysie générale, sclérose en plaques, etc.), dans certaines formes du vertige de Ménière, ainsi que l'ont établi les recherches récentes.

Malgré sa brutalité, son début brusque, le malade a toujours le temps de trouver un appui, de s'asseoir et les cas où il s'accompagne de chute, sont en somme fort rares. Nous savons qu'au contraire, dans les vertiges d'ordre cérébral, dans le vertige de Ménière, également, la chute est chose fréquente.

La multiplicité de petites causes apparentes pour la production du vertige, sont également en faveur du vertige stomacal : le fait de fixer un objet, faire certains mouvements, ingérer certains aliments, etc., sont facteurs occa-

sionnels qui font également défaut dans les deux ordres de vertiges précédents.

Nous devons dire toutefois que les caractères du vertige ne suffiront pas à eux seuls à faire porter un diagnostic ferme étiologique; il est absolument indispensable, tout d'abord, d'établir l'existence de troubles dyspeptiques chez le malade. Très souvent, sans doute, le patient accuse spontanément un fonctionnement défectueux de son tube digestif; mais il n'en est cependant pas toujours ainsi; il arrive que, préoccupé par son vertige, il ne parle pas de ses troubles digestifs à son médecin, soit par oubli, soit parce qu'il n'y attache aucune importance; dans quelques cas même, parce qu'ils lui auront passé inaperçus. C'est dire que le praticien ne devra jamais oublier de faire un examen minutieux de l'appareil digestif de son client.

Il ne faudra pas s'en tenir là; il existe un certain nombre de vertige d'ordre réflexe dans les affections utéro-annexielles, dans les ptoses, etc.; on rapporte également dans la littérature médicale des cas de vertige réflexe dans les irritations de l'oreille externe, du nez, du pharynx ou du larynx; ils seraient rares; certains d'entre eux ne sont pas admis par tous les auteurs. L'examen de toutes les causes susceptibles d'être incriminées dans l'origine du vertige devra donc être fait attentivement par le clinicien. Dans tous les vertiges d'ordre réflexe, il ne semble pas que l'on puisse, en effet, tirer du syndrome en lui même assez d'éléments de diagnostic différentiel suffisant.

Lorsque, et cela arrive assez fréquemment dans la pratique, deux causes coexistent chez le malade, il sera parfois difficile de faire la part qui revient à chacune d'elle. Le traitement permettra parfois de trancher le diagnostic; souvent il sera nécessaire de traiter simultanément les deux éléments en jeu pour pouvoir obtenir des résultats thérapeutiques favorables.

Le diagnostic de vertige stomacal s'établira cependant en général assez aisément si le clinicien a bien présent à la

mémoire la symptomatologie de cette affection, s'il a soin de s'entourer des renseignements dont nous avons parlé.

C'est ainsi qu'il pourra éliminer tous les vertiges qui s'accompagnent de perte de connaissance. Parmi ces vertiges, nous trouvons la plupart des vertiges d'ordre cérébro-spinal. Le vertige de l'épilepsie s'accompagne presque toujours de la crise caractéristique de cette affection; les anamnétiques, l'existence de signes concomittants propres au mal comitial, permettront d'en reconnaître la nature.

Dans les tumeurs cérébrales, le vertige s'accompagne assez fréquemment de crises épileptiformes, de plus la céphalée, le vomissement, les troubles oculaires persistants, feront faire le diagnostic; dans les tumeurs cérébelleuses, la démarche ébrieuse avec les autres signes énumérés plus haut des tumeurs cérébrales permettent de rapporter ce vertige à sa véritable cause.

Le praticien devra également songer, et pour la rejeter, l'hypothèse d'une hémorragie cérébrale, d'un ramollissement, d'une sclérose en plaques, d'une paralysie générale, d'une chorée de Huntington, d'une affection cardiaque (insuffisance mitrale, aortique, etc.).

Plus fréquemment on aura à faire le diagnostic avec deux vertiges assez communs, le vertige de Ménière, et le vertige de l'artério-sclérose.

Dans sa forme habituelle, le vertige de Ménière a une physionomie trop nette pour être méconnu (bruits auriculaires subjectifs très intenses, vertige typique, chute de règle, diminution de l'acuité auditive, etc.). Dans sa forme apoplectique le doute ne sera pas permis; dans les formes atténuées, le diagnostic pourra être plus délicat; un examen de l'oreille interne minutieux sera alors nécessaire et quelquefois cependant non suffisant.

Dans l'athérome, le vertige a des degrés; il peut aller de la simple sensation vertigineuse à la chute avec perte de connaissance. Dans ce dernier cas, le diagnostic différentiel n'est pas à faire. Dans les degrés plus légers du vertige, l'examen

du malade ayant d'autres signes d'artério-sclérose, fera songer à cette hypothèse ; le praticien devra être réservé lorsqu'un homme d'un certain âge, athéromateux, présente du vertige pour en établir sa nature d'une façon sûre. Il ne devra pas négliger l'examen des urines de son malade, car, comme l'a montré Bonnier, il existerait un *vertige néphrosténique* qui serait dû à des troubles circulatoires dans le labyrinthe lui-même : la présence d'albumine, les signes nets de brightisme feront faire le diagnostic.

La neurasthénie, l'hystérie, sont deux névroses pouvant simuler le vertige stomacal. L'état mental de ces malades, les autres signes concomittants propres à ces deux affections permettront de les reconnaître.

Il découle de ce que nous avons dit, que le pronostic du vertige stomacal est généralement bénin. Cependant, dans certains cas, chez des dyspeptiques invétérés, doublés de névropathie avérée, ce vertige pourra être rebelle à la thérapeutique la mieux conduite, ou ne s'amender qu'après plusieurs mois de traitement.

Le traitement à instituer sera alors facile. Depuis Trousseau il n'a guère changé ; il reste le même dans ses grandes lignes.

Le grand clinicien le formulait de la façon suivante :

Chaque matin, faire prendre une tasse de macération amère faite avec :

Copeaux de bois de *quassia amara*,... 2 grammes

qu'on laisse pendant douze heures dans une tasse à thé d'eau froide.

Après chacun des deux principaux repas et le soir en se couchant, le malade prend également un paquet à poudre ainsi composé :

Bicarbonate de soude.....	aa 4 grammes
Magnésie.....	
Craie préparée.....	6 »

Mélez exactement et divisez en douze prises qui seront délayées, au moment d'en faire usage, dans un verre d'eau sucrée.

En un mot, amers et alcalins associés avec des eaux minérales telles que Vichy, Pougues, Vals, telle est la base du traitement.

Guéneau de Mussy, recommande, si le traitement de Troussseau échoue, de prendre des paquets ainsi composés :

Magnésie calcinée.....	0,30 centigr.
Craie préparée	aa 0,20 »
Bicarbonate de soude.....	
Poudre de noix vomique.....	0,03 »
Poudre de racines de belladone.....	0,02 »

Prendre un paquet dans un peu d'eau immédiatement après les repas.

Nous-même avons vu nos maîtres prescrire ainsi le traitement aux malades qui font l'objet de nos observations.

Lorsqu'il s'agit de dyspeptiques inappétents et constipés, on conseille de prendre, au début des deux repas de midi et du soir, une cuillerée à café, dans un verre d'eau sucrée, de la mixture suivante :

Teinture de quassia	
Teinture de gentiane	aa 30 grammes
Teinture de quinquina.....	

Trois fois par semaine, prendre le matin à jeun deux cuillerées à café de sulfate de soude.

Le traitement ne doit pas être conforme pour tous les malades, puisque, nous l'avons vu, le vertige peut se trouver dans les diverses variétés de dyspepsies; il faudra donc, suivant les cas, donner un traitement approprié à la variété de dyspepsie.

Aux inappétents, constipés, conviendront les préparations

amères et les laxatifs, que l'on pourra formuler de la façon suivante :

Prendre, au début de chacun des deux principaux repas, une cuillerée à café dans un verre d'eau sucrée, la mixture suivante :

Teinture de gentiane	
Teinture de quassia	aa 30 grammes
Teinture de quinquina	

Trois fois par semaine, prendre le matin à jeun deux cuillerées à café de sulfate de soude.

Ou encore prendre des paquets ainsi composés au début des deux repas :

Bicarbonat de soude	1 gramme
Magnésie calcinée	0,50 centig.

Chez les malades dont l'appétit est bon, chez les hyperchlorhydriques qui souffrent, il sera indiqué de calmer ces douleurs. A cet effet, l'eau chloroformée ou les alcalins à haute dose, à l'issue des repas ou demi-heure après, pourront rendre de grands services.

Mais avant tout, chez tous ces malades, il ne faudra pas oublier que le régime doit tenir la première place. Supprimer tous les aliments susceptibles d'augmenter les fermentations, les alcools, les boissons, le tabac, un régime enfin dans lequel on diminuera la quantité des matières albuminoïdes ; le régime devra, il va sans dire, s'inspirer de la gravité et de la valeur de la dyspepsie.

Plus heureux que pour les autres vertiges, le clinicien pourra ainsi, par une médication appropriée et bien conduite, souvent obtenir des guérisons rapides.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DE DYSPEPTIQUES ATTEINTS DE VERTIGE STOMACAL

OBSERVATION I (Inédite et personnelle)

Lucia M..., vingt-six ans, lingère, vient à la consultation de M. le professeur Pitres pour des douleurs d'estomac et des tournements de tête, le 20 juin 1908.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier ; rien à retenir non plus du côté des collatéraux.

Personnellement, la malade a toujours eu une santé assez délicate. A douze ans, fièvre typhoïde. Irrégularité dans les règles, chloro-anémie pendant l'adolescence. Mariée à vingt ans, mère de famille. A eu des crises nerveuses. Pas d'excès de boissons, pas de maladies vénériennes.

Histoire de la maladie.— Depuis cinq ou six ans environ, la malade se plaint de son estomac.

Les douleurs qu'elle ressent sont de caractère assez variable ; elles apparaissent à des heures indéterminées, la nuit comme le jour et ne

sont pas notablement influencées par la prise des aliments ; leur nature n'est guère plus déterminée ; ce sont des sensations de poids, de boule, de brûlure au creux épigastrique.

Au début, ces douleurs ne s'accompagnaient pas de nausées ni de vomissements. L'appétit était assez bon quoique un peu capricieux ; quelques renvois après les repas, des cauchemars la nuit, une constipation habituelle, tels étaient les troubles dont se plaignait la malade. Les phénomènes assez légers n'avaient aucun retentissement sur l'état général qui demeurait excellent.

Mais depuis quatre ou cinq mois, les douleurs gastriques sont devenues plus pénibles ; l'appétit a diminué ; à deux ou trois reprises la malade aurait rejeté en toussant un peu de sang ; ces hémoptisies très légères coïncidaient avec une absence de règles.

La malade a été soignée, il y a un an environ, pour hystérie (douches, électricité, psychothérapie. Au bout de deux ou trois mois de traitement, la malade a été très améliorée, mais les troubles dyspeptiques n'ont pas disparu complètement ; elle se plaint en outre de vertiges dont elle fait le tableau suivant :

Brusquement, sans raison apparente, très souvent, à une heure indéterminée de la journée, assise ou debout, quelque fois même couchée, la malade est prise de ces troubles. Leur intensité, leur durée et leur nature est variable.

Certains jours elle éprouve une sorte de brouillard devant les yeux avec perception de points lumineux scintillant, avec ou sans quelques sifflements dans les oreilles ; la malade, instinctivement, cherche un appui avec la main ; elle a la sensation qu'elle va tomber. Cependant, elle n'a jamais fait de chute ni perdu connaissance. C'est un trouble très passager parfois, mais qui peut durer plusieurs minutes ; il s'accompagne alors d'une certaine frayeur, de sueurs, de palpitations, de tremblements.

D'autres fois, la malade voit les objets tourner en rond devant elle à une grande vitesse ; elle-même éprouve un certain degré de titubation ; elle sent ses jambes mollir sous elle, il lui semble qu'elle va tomber ou encore que le sol s'enfonce sous ses pieds ; elle a juste le temps de s'asseoir ou de s'appuyer. Il ne lui est jamais arrivé cependant de tomber ; elle ne perd pas connaissance, entend et voit autour d'elle

mais elle est très effrayée, il lui arrive souvent d'appeler à son aide. Des sueurs lui montent au visage, son cœur bat très vite, et tout son corps tremble. Assise ou appuyée, la sensation de vertige dure de une à cinq minutes, exceptionnellement davantage. Puis tout rentre dans l'ordre, la malade peut reprendre ses occupations. La malade n'a pas de vomissements, mais ressent un peu de langueur d'estomac au sortir de sa crise.

Les troubles gastro-intestinaux, dont se plaint actuellement la malade, consistent en langueurs d'estomac avant le repas, en inappétence, en pesanteur, ballonnement après les repas. Parfois, elle éprouve de véritables douleurs au creux épigastrique. Mais pas de vomissements.

La malade est constipée ; elle ne va qu'avec des laxatifs ou des purgations.

De taille moyenne, le facies un peu amaigri, l'état général paraît cependant assez bon.

Du côté de l'appareil digestif, on ne relève pas de gros signes. Denture bonne, langue saburrale. L'abdomen un peu tendu, non douloureux, sauf au creux épigastrique, paroi bonne ; pas de ptose viscérale. Pas de clapotage le matin à jeun, pas de péristaltisme, pas de dilatation d'estomac.

Par ailleurs, on ne relève chez la malade rien au cœur ni aux poumons, mais seulement des troubles de la sensibilité (anesthésie cornéenne et pharyngienne, plaques d'anesthésie aux bras et à la jambe droite. Dans les urines, ni sucre ni albumine.

L'examen du chimisme gastrique par la méthode du repas d'Ewald, indique une acidité normale.

OBSERVATION II (Inédite et personnelle).

A. C..., coiffeur, cinquante-neuf ans, vient pour des tournements de tête et aussi parce que ses digestions sont laborieuses.

Dans ses antécédents on trouve que son père avait des vertiges, qu'il aurait été paralysé des membres inférieurs.

Quant à lui, il a toujours été bien portant; il a fait son service militaire; de tempérament sobre, il n'a jamais usé de tabac ni d'alcool. En dehors des troubles qu'il ressent actuellement, il a toujours joui d'une bonne santé.

En l'interrogeant sur son passé gastro-intestinal, on retrouve quelques troubles assez légers dont il ne songeait pas à nous parler. Depuis longtemps déjà, en effet, il lui arrivait parfois d'éprouver des aigreurs, des brûlures le long de l'œsophage. Ces phénomènes intermittents, supportables, ne l'avaient jamais inquiété au point de lui faire prendre l'avis d'un médecin. De lui même il avait pris un peu d'eau de Vichy et avait remarqué que cela suffisait à lui faire cesser ses brûlures. Au demeurant, l'appétit était fort bon, l'état général aussi.

Depuis un an, son état s'est aggravé. L'appétit est encore bon; il mange avec plaisir, mais les digestions sont devenues pénibles; demi heure après la prise des aliments, il ressent des tiraillements, gonflement au creux de l'estomac, de la somnolence. Mais il n'a plus de brûlures comme autre fois. Au bout de deux ou trois heures, tout rentrait dans l'ordre. Il ne va au cabinet qu'à l'aide de laxatifs ou de purgatifs.

En même temps que ses troubles gastro-intestinaux ont été en s'accusant, le malade a vu apparaître ses vertiges qui, plus que son estomac, nous dit-il, lui causent du souci.

D'abord se produisant à intervalles assez éloignées, ils sont devenus plus fréquents depuis deux mois; il en a presque chaque jour. Généralement ils ont lieu après les repas, quand l'estomac « est plein ». Son premier vertige s'est produit un jour qu'il était occupé à tailler les cheveux d'un client. Brusquement, sans raison, il sentit sa vue s'obscurcir légèrement, il éprouva une sensation de titubation. Surpris par ce trouble soudain, très ému, il eut à peine le temps de passer dans la pièce à côté que tout était rentré dans l'ordre. Toutes les fois, les crises ont le même caractère; n'étant jamais tombé, n'ayant jamais perdu connaissance, il les sait sans gravité et cependant chaque fois c'est toujours pour lui une émotion très désagréable qui, tantôt le fait pâlir, tantôt monter le rouge au visage, lui donne un léger tremblement.

La crise ne dure guère plus d'une à deux secondes.

Il a remarqué qu'un certain nombre de choses pouvaient déclancher son vertige, c'est ainsi que le fait de fixer très fortement, de rejeter la

tête en arrière, quelquefois aussi de se baisser; mais le plus souvent le vertige se produit sans cause appréciable.

En dehors de ces phénomènes, le malade éprouve souvent de la lourdeur de tête, du serrement.

Etat actuel le 24 juin. — Lorsque nous examinons ce malade, il a déjà suivi un traitement gastro-intestinal qui l'a un peu amélioré; les vertiges sont beaucoup moins fréquents, mais ses digestions ne s'effectuent pas encore d'une façon régulière.

C'est un homme un peu fort, ayant toutes les apparences d'une bonne santé. Les signes physiques, du côté de son tube digestif, sont à peu près négatifs, on ne note seulement qu'un peu de sensibilité épigastrique.

Du côté des autres appareils, on ne relève rien. Les bruits du cœur sont bien frappés; le poulx est bon; les artères souples. Pas de troubles auditifs. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Du côté enfin de son système nerveux rien d'anormal.

Le diagnostic porté a été de vertige chez un dyspeptique hyperchlorhydrique.

Le malade, que nous avons revu six jours après le début de son traitement, consistant en un régime approprié (sulfate de soude à petites doses, infusion de quassia amara le matin à jeun), était sensiblement amélioré.

OBSERVATION III (Inédite et Personnelle)

Louise B..., vingt-neuf ans, tailleuse, vient à la consultation de M. le professeur Pitres, pour des troubles gastriques et des vertiges.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien qui mérite de retenir l'attention. Son père est mort d'accident à l'âge de cinquante ans. Sa mère est vivante et assez bien portante; elle souffre cependant depuis longtemps de son estomac. La malade a une sœur en bonne santé.

Personnellement, Louise B..., nous dit avoir toujours joui d'une bonne santé; enfant et jeune fille, n'a jamais été malade. Mariée à dix-

neuf ans, elle a eu une grossesse menée à terme; l'enfant est encore vivant et bien portant; pas de suites de couches.

Sans avoir jamais eu de crises nerveuses, elle est très impressionnable; la moindre émotion réveille des palpitations et des phénomènes de rougeur et pâleur de la face.

Histoire de la maladie. — Elle remonterait à neuf ans environ.

Un mois après son accouchement, la malade commença à éprouver une série de troubles peu accusés, qui, par période, s'exagéraient, pour se calmer ensuite, mais cependant sans jamais disparaître complètement. La malade a toujours pu vaquer à ses occupations, mais parfois au prix de douleurs et de souffrances assez pénibles.

Les premiers phénomènes, qui commencèrent à attirer son attention, furent les troubles gastro-intestinaux. Le matin, à son réveil, elle se sentait lasse; elle ressentait des langueurs d'estomac. Après avoir pris son petit déjeuner, elle se trouvait mieux. Après le repas de midi, c'était une sensation de poids, de gêne au creux de l'estomac. L'intestin était devenu paresseux.

Plus récents, que les troubles dyspeptiques, sont les vertiges. Au début, la malade ressentait, du côté de la tête, des phénomènes qu'elle définit mal.

Il lui arrivait, dit-elle, de sentir comme un grand vide dans la tête, de la constriction aux tempes; cet état rendait parfois son travail très pénible. Ces phénomènes duraient, suivant les jours, demi-heure, une heure.

Plus tard, les caractères des symptômes éprouvés par Louise B..., du côté de la tête, sont devenus plus nets, plus accusés.

Assez brusquement, alors qu'elle était occupée à son travail, elle était prise de sensation de constriction aux tempes, de poids sur le sommet de la tête, s'accompagnant de troubles du côté de l'appareil visuel; sa vue se troublait, en même temps se produisait une série de points brillants qui dansaient devant ses yeux. La malade éprouve en même temps une sensation de déséquilibre qui lui fait rechercher un appui tant que dure la crise.

Au bout de quelques minutes, dit la malade, les phénomènes disparaissent; mais il persiste cependant de la lourdeur de tête. Pas de vomissements, pas de troubles auriculaires.

L'examen somatique du tube digestif révèle une denture défec-
tueuse, une paroi abdominale relâchée, de la ptose intestinale, de la
néphroptose.

A la palpation, le ventre est un peu douloureux dans les fosses ilia-
ques et au creux épigastrique.

Disons aussi que la malade est soignée également pour de la métrite
et de l'annexite.

L'état général est assez bon, quoiqu'un peu amaigri et un peu
anémique.

La malade, à laquelle nous avons fait subir un traitement gastro-
intestinal, est revenue très améliorée.

OBSERVATION IV (Inédite et Personnelle)

X..., cinquante-un ans, serrurier, entre à l'hôpital Saint-André,
salle 16, lit 12, le 10 janvier 1908, pour des vertiges et des maux de
tête.

C'est un homme dans les antécédents héréditaires duquel il n'y a rien
de particulier à relever.

De taille au-dessus de la moyenne, un peu amaigri, X... paraît d'une
constitution assez robuste; il a toujours eu, avant les accidents actuels,
une excellente santé; il n'a jamais fait d'excès de boissons, ni d'aucune
autre nature. Sa femme, bien portante, n'a jamais eu de fausses
couches.

En mars 1907, X... a commencé à ressentir des douleurs de tête,
siégeant dans la région frontale et survenant par crises de un ou deux
jours de durée. Peu vives et intermittentes, ces douleurs ne fixèrent pas
d'abord l'attention du malade. Il déclare, après interrogatoire, qu'elles
coïncidaient avec des troubles gastro-intestinaux. De la constipation s'est
établie peu à peu d'une façon permanente et, avec elle, survinrent de
plus en plus fréquemment des vertiges qui, depuis quatre mois, revien-
nent tous les trois ou quatre jours.

Antérieurement, X... n'avait ressenti qu'une seule fois ces vertiges

en octobre 1907. Ils débutent brusquement; la vue s'obscurcit, les jambes fléchissent et le malade éprouve la sensation d'une personne qui va tomber. Les crises durent un quart d'heure environ; elles n'apparaissent que dans la journée et dans l'intervalle des repas, le malade étant dedout.

L'interrogatoire et l'examen de X... indiquent que ces troubles sont reliés à des troubles dyspeptiques. Les digestions sont parfois pénibles; la constipation est marquée; sensibilité épigastrique légère; sensation de « barre » dans la région stomacale. Rien de particulier, ni d'anormal dans les différents organes autres que le tube digestif. Notons que les troubles dyspeptiques, autres que la constipation, étaient passés presque inaperçus par le malade et qu'il n'a jamais relié ceux-ci avec les vertiges.

Le malade a été mis, dès son entrée à l'hôpital, à un régime mixte, associé à des purgatifs légers (sulfate de soude, une cuillerée à soupe, trois fois par semaine). On a joint également à ce traitement de l'eau chloroformée pour calmer la douleur gastrique et faire de l'antisepsie intestinale. Au bout de huit jours, le malade n'avait plus de vertige. Il quitte l'hôpital douze jours après son entrée.

OBSERVATION V (Inédite et personnelle).

Jeanne X..., âgée de trente-trois ans, vient à la consultation pour des vertiges et des maux d'estomac.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires et personnels. La malade nous dit seulement avoir subi deux opérations: une colpopéri-néoraphie et une extirpation de fistule à l'annus.

Histoire de la maladie. — C'est, il y a seulement deux mois que la malade, pour la première fois, a commencé à souffrir de l'estomac, cela se passait quelque temps après sa deuxième opération.

Les troubles gastriques assez légers au début, se sont accusés ces temps derniers; en même temps sont apparus les vertiges.

Ces troubles, nous dit la malade, consistent en des sensations de brû-

lure, presque constante au creux de l'estomac que l'ingestion des aliments calme parfois mais non régulièrement. Le calme n'est d'ailleurs que passager. Peu de temps après le repas, elle éprouve du ballonnement du ventre, des renvois qui brûlent à la gorge, de la lourdeur de tête. Les selles sont à peu près régulières. Les nuits sont mauvaises, son sommeil est peuplé de cauchemars ; elle a souvent des insomnies.

Mais, nous dit cette malade, plus que ses troubles de l'estomac, ses crises de vertiges l'inquiètent. Elles sont cependant très peu intenses et de courte durée.

Brusquement elle est prise, dit-elle, plusieurs fois dans le courant de la journée, à heure indéterminée, au cours de ses occupations, d'une sorte de trouble de la vue « il me semble, dit-elle, qu'un brouillard se forme devant mes yeux ; instinctivement, j'y porte la main, puis je cherche aussitôt un point d'appui ou je m'assois, car il me semble que je vais tomber ». Ces phénomènes durent à peine quelques secondes, tout rentre dans l'ordre. A la fin de la crise, elle n'éprouve pas de nausées, elle ne garde de sa crise qu'une impression désagréable et l'appréhension de la voir se produire à nouveau.

La malade a remarqué que les changements de position, que certains mouvements : pencher la tête en arrière, en avant, pouvait donner naissance à ce trouble singulier.

L'examen somatique de la malade, nous montre un ventre volumineux, une paroi abdominale très adipeuse qui chute dans la station verticale ; il existe de l'entéroptose. L'estomac est atonique et clapote plusieurs heures après le repas.

Du côté des autres appareils, rien à noter, en particulier, les organes génitaux, l'appareil circulatoire, l'appareil auditif, le système nerveux sont indemnes ; on relève chez elle un peu de nervosisme ; la malade est facilement impressionnable, mais n'a, cependant, jamais eu de crises nerveuses.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Soumise à un traitement gastro-intestinal, la malade a éprouvé une diminution très notable de ses vertiges au bout de sept jours.

OBSERVATION VI (4)

X..., vingt-cinq ans, habituellement bien portant, dit n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une affection dont la nature est probablement syphilitique.

Il entre à l'hôpital pour la raison suivante : depuis un mois, il éprouve une douleur dans le flanc droit et du côté de la tête, phénomènes qui l'inquiètent beaucoup.

La douleur abdominale est exagérée par la pression ; elle se calme spontanément aussitôt après le repas. Ce qui préoccupe surtout le malade, consiste en étourdissements, troubles visuels, bourdonnements d'oreille, pesanteur de tête, sensation comparable à celle produite par de l'ivresse au début ; au moment de se lever de table, X... ressent un malaise général pendant que ses jambes fléchissent sous lui ; il lui semble qu'il va s'évanouir ; pour ne pas tomber, il est obligé de se soutenir aux meubles qui se trouvent à sa portée. Les troubles divers se produisent immédiatement après les repas et aussi une heure ou deux après le repas ; jamais de perte de connaissance ; pas de douleur ou de sensibilité pénible du côté de l'estomac.

Le diagnostic de vertige stomacal avec enteralgie est porté, et le malade est soigné en conséquence.

OBSERVATION VII (inédite et personnelle).

Louise B..., âgée de trente-deux ans, vient à la consultation pour des vertiges.

Petite, maigre, d'aspect plutôt malingre, elle ne peut nous donner de

(4) Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, 10^e édition, t. III, p. 8.

renseignements précis sur ses antécédents héréditaires; ses parents sont morts jeunes, mais elle ignore de quelle maladie.

Personnellement elle a toujours été chétive. Réglée un peu tardivement, à seize ans, ses règles sont irrégulières, peu abondantes; dans l'intervalle, elle a des pertes blanches. Mariée seulement à vingt neuf ans, elle n'a jamais de maladie sérieuse l'obligeant à s'aliter; elle n'a pas eu de grossesse; pas de fausses couches.

Par contre, depuis la puberté, elle a toujours plus ou moins souffert de l'estomac, mangeant peu, allant d'une façon très irrégulière à la selle.

Les vertiges pour lesquels la malade vient nous consulter, datent de longtemps déjà; elle ne peut nous en préciser le début. Les crises ont toujours la même physionomie. Elles apparaissent le jour lorsque la malade vaque à ses occupations, à des heures indéterminées, et voici la description qu'elle nous en fait.

Les troubles oculaires ouvrent la série. Brusquement elle voit des points lumineux, des raies noires; puis les objets paraissent danser devant elle; elle éprouve rapidement une grande sensation de faiblesse dans les membres inférieurs; il lui semble qu'elle va tomber; jamais cependant elle n'a fait de chute; elle a toujours eu le temps de s'asseoir ou de s'appuyer à un objet. En même temps elle a des bourdonnements légers d'oreilles; elle ressent une sensation de gonflement du creux de l'estomac, son cœur bat fort, elle a froid au visage; puis tous les phénomènes s'atténuent, disparaissent. A la fin de la crise, à la sensation de froid, fait place une sensation de chaleur au visage qui se couvre d'une sudation légère. La crise dure environ une dizaine de minutes.

Revenue de son vertige, la malade a une sensation de faim; elle mange avec bon appétit sa crise achevée.

En interrogeant la malade, nous relevons des troubles digestifs, de la dyspepsie hyposthénique: inappétence, pesanteur après les repas, renvois de gaz par haut et par bas, aigreurs au creux de l'estomac, parfois rejet de glaires. Les signes physiques font presque défaut; le ventre est souple, la paroi bonne; il n'existe pas de ptose, ni intestinale, ni rénale; l'estomac est un peu atone.

Les divers appareils sensoriels n'offrent rien d'anormal; on ne trouve

rien ni du côté des appareils circulatoires, génitaux, ni du côté du système nerveux, ni du côté de l'appareil auditif.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Elle a été soumise à un traitement gastro-intestinal, et nous l'avons vue au bout de douze jours sensiblement améliorée.

OBSERVATION VIII (Inédite et personnelle)

Marie D..., âgée de vingt-sept ans, ménagère, vient à la consultation pour des vertiges et des crises douloureuses d'estomac.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires. Personnellement, la malade n'a jamais eu d'affection sérieuse ; elle a eu la rougeole à sept ans. Réglée à douze ans, et depuis d'une façon régulière ; elle se marie à vingt-deux ans. A vingt-trois ans, elle accoucha à terme d'une fille.

Depuis son accouchement, elle a des pertes blanches ; elle est soignée encore actuellement pour une inflammation chronique de la matrice. Notons enfin que la malade n'a jamais eu de crises nerveuses, qu'elle n'a pas fait excès de boissons.

Histoire de la maladie. — C'est depuis deux mois que la malade a commencé à présenter des troubles gastriques ; à peu près à la même époque sont apparus les vertiges. Ces phénomènes se sont installés, sans cause connue de la malade, au cours d'une bonne santé apparente.

Les troubles gastriques dont elle se plaint consistent en des douleurs au creux de l'estomac survenant chaque jour à une heure fixe, vers quatre heures de l'après-midi, avec une intensité variable. La crise douloureuse dure une heure ou davantage, puis disparaît complètement, pour réapparaître le lendemain à la même heure.

Bien portante le matin, la malade mange à midi de bon appétit, peut vaquer à ses occupations sans éprouver d'autres troubles que quelques renvois ; puis, vers quatre heures, elle commence à éprouver un peu de pesanteur au creux épigastrique, et bientôt après, des crampes douloureuses parfois assez pénibles, une sensation de poids désagréable au

niveau du sternum, de la gêne respiratoire, parfois aussi de véritables douleurs dans l'hypochondre gauche.

Ces douleurs cessent brusquement et ne s'accompagnent jamais de vomissements. Elle dîne le soir de fort bon appétit et repose bien durant toute la nuit.

Ces troubles, quoique parfois pénibles, ne l'inquiètent pas beaucoup ; il n'en est pas de même d'un autre phénomène qu'elle a éprouvé à plusieurs reprises, également à heure fixe, au moment où doit se produire sa crise gastrique, c'est « son vertige ».

Sa première crise de vertige s'est manifestée quelques jours après le début des troubles de l'appareil digestif. Il était 4 heures de l'après-midi, elle était occupée à travailler chez elle, quand, tout à coup, elle éprouva une sensation de vide, de vague dans la tête avec répercussion du côté de l'estomac.

Elle se sentit envahie par une sensation de faiblesse comme si elle n'avait rien mangé ; elle fût très émotionnée et en conçut une vive frayeur ; elle n'était pas sûre de pouvoir se tenir debout. Le cœur battait vite et fort, des vapeurs lui montaient au visage ; elle fut forcée de s'asseoir ; la sensation subjective de défaillance qu'elle ressentait n'alla pas cependant jusqu'à la perte de connaissance ; elle entendait tout ce qui se passait autour d'elle.

Ces phénomènes durèrent une demi-heure, au dire de la malade, puis tout rentra dans l'ordre. Il ne lui resta de ces troubles qu'une impression désagréable que l'on redoute de voir se reproduire.

En dehors de ces phénomènes, la malade ne présente rien du côté de ses différents organes (oreille, cœur, système nerveux). Nous avons vu qu'elle avait simplement une entérite ancienne peu intense.

Rien d'anormal dans les urines.

Ces crises douloureuses ont été combattues par l'eau chloroformée, et au bout de huit jours de traitement, nous avons revu la malade ; la diminution des crises vertigineuses avait marché de pair avec la diminution des crises douloureuses.

OBSERVATION IX (Résumée (1))

X..., quarante-huit ans, d'une constitution robuste, a toujours été bien portant. Sous l'influence de mauvaises conditions de vie, il fut atteint de scorbut grave. Après deux mois de traitement, il sort de l'hôpital amélioré; il conserve, en particulier, une diarrhée lientérique très opiniâtre. L'appétit est bien conservé, mais les digestions sont très défectueuses. Aussi, au bout de quelques mois, le malade devient très faible et très amaigri; il revient à l'hôpital dans un état alarmant, il y revient surtout à cause d'accidents qui, ayant débuté à l'époque de son scorbut, sont devenus très inquiétants depuis quelques jours.

X... se plaint en particulier des symptômes suivants : Depuis huit jours, il a un mal de tête persistant qui n'est pas influencé par l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac. Il dort bien, mais, à son réveil, s'il se met sur son séant, la douleur réapparaît. Couché il se sent mieux à la condition toutefois d'avoir la tête un peu haute. Debout, il éprouve comme des picotements dans les yeux, puis sa vue se trouble; il voit des étincelles monter et descendre, les objets tourner et danser autour de lui; bientôt sa vue s'obscurcit complètement et il lui semble qu'il se trouve dans un brouillard; pour ne pas tomber, il est forcé de s'appuyer sur ce qui se trouve à sa portée; il lui est même arrivé une fois de tomber à terre; jamais il n'a perdu connaissance; les vertiges augmentent quand il baisse la tête ou quand il la lève; cependant les accidents sont moins prononcés quand il regarde en haut que lorsqu'il regarde en bas.

X... avait essayé, pendant quelque temps, de servir de manœuvre dans les ateliers de construction; il dut y renoncer, car il ne pouvait monter sur les échafaudages sans que la tête lui tournât, ce à quoi il n'était pas sujet avant sa maladie.

X... déclare encore qu'au moment des vertiges, la céphalalgie augmente; il lui semble qu'on lui fend le crâne; il a parfois des nau-

(1) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10^e édit., t. III, p. 8.

sées, mais jamais de vomissements; pas de maux d'estomac accusés; à la diarrhée lientérique de X..., une constipation très opiniâtre avait succédé; mais, depuis quelque temps, les évacuations alvines ont repris leur régularité habituelle. Etat de faiblesse générale, très accusé, avec sensation de lourdeur dans les jambes.

Une semaine de repos, une bonne nourriture, une médication en grande partie alcaline, suffisent pour faire cesser les accidents vertigineux. Dix jours après sa rentrée à l'hôpital, le malade se sent tellement mieux qu'il désire retourner dans sa famille.

OBSERVATION X (Inédite et Personnelle)

M. B..., trente-huit ans, tailleuse, vient à la consultation pour des troubles dans la tête.

Dans les antécédents, on ne trouve qu'une sœur morte du mal de Pott.

Personnellement, n'a pas eu de maladie sérieuse dans le bas-âge, ou enfant. A quinze ans, elle aurait eu une entérite très forte qui aurait duré un mois et demi environ. Une bronchite à trente-quatre ans.

Nerveuse, facilement impressionnable, elle n'a jamais eu cependant de crises.

Histoire de la maladie. — Depuis deux mois, elle ressent des troubles vertigineux qui la préoccupent beaucoup; malgré l'assurance que lui a donné son médecin de leur innocuité, les mêmes phénomènes persistant, elle se décide à venir consulter un spécialiste; elle vient à la consultation de M. le professeur Pitres.

La première fois qu'elle a été prise de ces troubles, elle était occupée à la couture, lorsque, brusquement, elle sentit un nuage lui passer devant les yeux.

Elle voyait comme des petits ronds lumineux. Très effrayée, le cœur battant vite et fort, elle porta vivement la main à son front, chercha un point d'appui de l'autre main et se dirigea vers la fenêtre; il lui semblait qu'elle allait tomber; les personnes de son entourage

eurent à peine le temps d'accourir que tout était rentré dans l'ordre ; elle était cependant toute pâle et tremblante. Elle a la notion très nette de ne pas avoir perdu connaissance pendant le court instant où s'est déroulée cette scène.

Depuis, à maintes reprises, elle a éprouvé des crises de vertige semblables ; généralement, c'est lorsqu'elle est debout, qu'elle est occupée à son travail dans son atelier.

Mais il lui arrive parfois qu'étant au lit, elle ressent également des troubles un peu analogues. D'une façon brusque, sans raison, ou parfois à l'occasion d'un changement de position dans le lit, elle voit les objets qui sont autour d'elle se mouvoir, monter et descendre comme des vagues ; son lit lui-même est compris dans ce mouvement d'ondulation ; il lui semble qu'elle va chavirer ; elle en conçoit une grande frayeur ; elle a des sueurs froides, des palpitations ; elle se cramponne à ses draps ; au bout de deux ou trois minutes, dit-elle, tout est rentré dans l'ordre ; elle n'a pas de vomissements.

Interrogée sur le fonctionnement de ses divers appareils, elle nous dit avoir eu à se plaindre, depuis fort longtemps, de son estomac ; elle en souffre toujours plus ou moins.

Généralement, elle ressent après les repas une sensation de gonflement, de poids au creux de l'estomac. Parfois, ce sont de véritables douleurs s'irradiant dans le ventre et dans le dos, et de la gêne respiratoire. Elle ne vomit cependant pas, elle n'a pas de renvois, elle éprouve souvent de la céphalée. Son intestin est paresseux, elle ne va pas très régulièrement à selle. Depuis un mois la constipation est opiniâtre.

L'appétit est capricieux, parfois elle mangerait mais elle est retenue par la crainte de réveiller les douleurs que font naître l'ingestion des aliments

Tous ces troubles se sont accusés depuis deux mois. L'exagération des troubles gastriques, l'apparition des vertiges ont coïncidé avec un arrêt des règles ; la malade, qui est mariée, croit être enceinte.

A l'examen somatique, on trouve un ventre un peu volumineux à paroi un peu flasque, soutenant mal la masse intestinale. Le ventre n'est pas douloureux, à la palpation on ne trouve pas de tumeur ; par le toucher et le palper combinés, l'utérus paraît augmenté de volume, le col moins consistant que normalement.

Du côté des autres appareils, on ne trouve rien de particulier.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine. Pas de stigmates d'hystérie.

Cette malade a été soumise au traitement par les alcalins et les laxatifs (sulfate de soude et de magnésie), qui ont sensiblement amélioré ces crises vertigineuses.

OBSERVATION XI (1)

M..., soixante ans, a commencé à ressentir de la pesanteur d'estomac et des éructations acides à la suite de travaux assidus accomplis surtout après le dîner. L'appétit a diminué peu à peu.

Un jour, M..., en levant les yeux au plafond, se sent violemment étourdi ; il voit les objets tourner autour de lui et ce vertige est momentanément accompagné de nausées. Inquiet, il demande son médecin qui le purge et lui prescrit des bains de pied sinapisés.

Le mal fait de rapides progrès. Les vertiges existent, non-seulement quand le malade est debout ou assis, mais même quand il est au lit. Les nausées sont incessantes, le malade les compare au mal de mer.

M... est très inquiet, il se voit menacé d'apoplexie ; quelques médecins ont cru voir dans son état, le début d'un ramollissement cérébral.

La possibilité de vertige stomacal étant posé, un traitement par les alcalins et les amers est institué. Les accidents cèdent après quinze jours ; ils reparaissent quelques semaines plus tard pour disparaître à nouveau sous l'influence de la même médication.

OBSERVATION XII (Inédite et personnelle)

Jeanne B..., dix-neuf ans, couturière, vient à la consultation du professeur Pitres, pour des douleurs de tête et des vertiges.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

(1) Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, p. 11, X^e édit., tome III.

Personnellement, bien que n'ayant jamais eu une robuste constitution, n'a jamais eu de maladie grave. Réglée à quatorze ans, a des règles peu abondantes, douloureuses. De plus, des pertes blanches dans l'intervalle. Jamais de crises nerveuses.

Histoire de la maladie — Depuis son enfance, elle est sujette à avoir des maux de tête qui la prennent par crises durant parfois une demi-journée et s'accompagnant de vomissements. Ces crises migraineuses viennent par période de durée variable, à intervalles de temps plus ou moins grands. Les vertiges sont de date plus récente ; depuis quelques mois seulement elle les éprouve, elle en est fort incommodée. Voici en quoi ils consistent :

Brusquement dans la journée, à une heure quelconque, étant debout, ou pendant la marche, elle est prise de troubles oculaires, elle voit des points noirs, elle ressent de la faiblesse dans les jambes, il lui semble qu'elle va tomber ; elle est obligée de chercher un appui ou de s'asseoir. Elle n'est cependant jamais tombée ; elle n'a jamais perdu connaissance. Ces phénomènes ne durent généralement que quelques secondes. Cependant la malade en est fort impressionnée ; son cœur bat vite, elle a des sueurs froides au visage.

D'autrefois, la malade voit les objets tourner autour d'elle, ou se heurter emportés dans une course folle ; elle a une sensation de titubation qui la force à s'immobiliser ou à se reposer. Cette deuxième variété de crise dure généralement plus longtemps que la précédente. Ces troubles se produisent, dit-elle, presque chaque jour. Quelquefois, plusieurs fois par jour, ils l'impressionnent beaucoup et elle en redoute le retour.

Ces vertiges ont coïncidé avec un affaiblissement de l'état général de la maladie.

Actuellement, elle a l'aspect d'une chloro-anémique, les muqueuses sont décolorées, le teint pâle ; l'amaigrissement est général.

Le tube digestif fonctionne mal, la langue est blanche, la paroi abdominale est cependant assez résistante, pas de ptose, un peu de clapotage, deux heures après la prise d'aliments.

L'appétit est nul, les digestions sont pénibles ; sensations désagréables de poids, de tiraillements au creux épigastrique. La constipation est habituelle.

Du côté des autres appareils (poumons, cœur et oreille), on ne relève rien. Urines normales.

OBSERVATION XIII (inédite et personnelle).

P. R..., vingt-cinq ans, étudiant en médecine, a été soigné pour des accidents vertigineux. Robuste et fort, paraissant jouir d'une excellente santé, R... raconte qu'il a éprouvé, à différentes reprises, des crises de vertige.

La première de ces crises remonterait au début de ses premières années d'études. C'était pendant l'été, en période d'examen, qu'il fut pris un jour, à la bibliothèque, de troubles devant les yeux (brouillards, points étincelants), avec sensation de titubation; très effrayé, il se lève, sort en chancelant, va vite s'asseoir sur un banc, porte la main à son front comme pour chasser un cauchemar, défait son col.

Son visage est devenu pâle, se couvre de sueurs froides, puis au bout de quatre ou cinq minutes tout rentre dans l'ordre. Alors à ce moment seulement le malade se décide à répondre aux personnes qui l'entouraient, ce qu'il vient de ressentir. « Ce n'est rien, dit-il, j'ai eu comme un éblouissement; c'est bien désagréable ».

La crise finie, il peut circuler, vaquer à ses occupations comme si rien n'était; mais il garde l'appréhension d'une crise nouvelle. Depuis cette époque le malade a eu a diverses reprises des crises de vertige. Elles ne sont pas toutes de même intensité, quelquefois elles n'ont duré que quelques secondes; le malade a juste le temps de porter la main à son front.

Le malade a remarqué qu'un certain nombre de facteurs paraissaient avoir une influence sur la production de ses crises. Le surmenage intellectuel, le tabac, les dîners un peu copieux, changements de position brusque de la position étendue à la station verticale.

Il a remarqué de plus que c'était toujours dans les périodes où il éprouvait parfois quelques troubles de son tube digestif que se produisait son vertige; constipé habituellement, il éprouvait parfois quelques

troubles dyspeptiques (sensation de brûlure, pyrosis, douleurs gastriques assez légères, céphalée). Ces troubles digestifs sont peu intenses, le malade ne s'en est jamais guère préoccupé.

Rien du côté de ses différents organes (cœur, système nerveux, etc.). Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'amélioration coïncide avec une amélioration du régime habituel alimentaire.

OBSERVATION XIV (Résumée) ⁽¹⁾

X..., âgée de cinquante-sept ans, a une santé habituellement bonne jusqu'à l'époque de son âge critique. A ce moment, elle a des métrorragies abondantes avec perte notable des forces ; elle commence aussi alors à éprouver des maux d'estomac caractérisés par un sentiment de pesanteur, de douleur à la région épigastrique s'irradiant dans l'abdomen, le dos, les lombes et la région précordiale. L'appétit est bien conservé ; on note néanmoins un certain dégoût pour les farineux et une certaine intolérance pour les aliments pris froids.

Avant son entrée à l'hôpital, X... a eu à supporter des fatigues nombreuses et de grands chagrins ; sans être à proprement parler malade, elle a vu son appétit diminuer et ses digestions devenir de plus en plus pénibles. Un jour, au début d'une marche assez longue, elle se sent prise d'un étourdissement, de pesanteur de tête sans douleur aiguë, sans éblouissements ni tendance à la syncope. Il lui semble presque en même temps que la terre s'entr'ouvre devant elle ; ses jambes fléchissent et elle se sent entraînée vers un abîme qui lui paraît béant sous ses pas. Cette hallucination est accompagnée de nausées, d'envie de vomir ; cependant la malade conserve sa connaissance ; elle pousse des cris de terreur et elle a conscience entière de son erreur. Cette sensation de vertige, d'une durée de dix minutes environ, est si accentuée que l'on est obligé d'asseoir la malade et même de la coucher.

(1) Extrait de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. III, 10^e édition.

A la pesanteur de tête succède une douleur vive : il semble à la malade qu'on lui fend le crâne. Pendant plusieurs heures, X... est incapable de supporter le moindre mouvement ; le soir, à part un peu de pesanteur de tête, son trouble a disparu et elle peut regagner à pied sa demeure. Elle mange de bon appétit et dort d'un sommeil calme.

Le lendemain, notre malade éprouve un peu d'engourdissement et de mal de tête ; elle déjeune comme de coutume et prend le chemin de fer. Au milieu de son voyage, elle est reprise du même vertige que la veille ; cette fois, elle ressent un malaise consécutif persistant et une douleur de tête plus accentuée. C'est dans ces conditions qu'elle est admise à l'hôpital.

A l'examen, on ne constate ni trace d'ascite, ni trace d'anasarque ; le foie est légèrement augmenté de volume ; la pression au creux épigastrique exagère une douleur que la malade dit ressentir sans interruption.

Le diagnostic de vertige stomacal est porté. Du repos, une alimentation réparatrice aidée d'une médication judicieuse améliorent rapidement l'état de la malade.

OBSERVATION XV (inédite et personnelle)

B. S..., cinquante-un ans, marin, entre à l'hôpital Saint-André, salle 13, lit 11, pour des vertiges.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, il a toujours joui d'une excellente santé ; robuste et bien portant, il a accompli son service militaire. Il n'a jamais contracté de syphilis ni de blennorrhagie. Il a abusé un peu de boissons alcooliques, mais déclare n'avoir jamais souffert autrefois de l'estomac. Il n'a jamais eu de crises nerveuses.

Il y a vingt-huit mois, à la suite d'une chute de dix mètres de hauteur, au fond de la cale d'un bateau, on le transporta sans connaissance à l'hôpital avec une plaie contuse importante de la région crânienne ; on note de l'écoulement de sang par le nez et les oreilles ;

il reste dans le coma pendant trois ou quatre jours ; deux ponctions lombaires donnent issue à un liquide hématique. Les jours suivants, le malade sort peu à peu de son coma ; il quitte l'hôpital sans avoir présenté aucun phénomène de paralysie.

Depuis sa sortie de l'hôpital, S... a conservé une certaine lourdeur, de tête localisée à la région occipitale ; il lui est aussi survenu des vertiges et des troubles dyspeptiques pour lesquels il se fait actuellement soigner.

Le malade déclare qu'au lit et dans la position assise, il ne ressent aucun trouble. Debout, il a de la lourdeur de la tête avec sensation d'instabilité. Il ne voit pas les objets se déplacer ni tourner, mais il lui semble qu'il est comme un homme ivre et qu'il oscille ; malgré cet état vertigineux, il n'est jamais tombé, ni jamais n'a perdu connaissance ; son vertige n'est pas modifié par l'ingestion des aliments ; il s'exagère quand le malade change de position ou se baisse ; les changements de temps paraissent aussi avoir de l'influence. S... n'a jamais eu de sensations auriculaires ou oculaires, ni de céphalées ni de vomissements. Il a de l'inappétence complète et très marquée pour tous les aliments, excepté pour le lait ; anorexie ; pas de brûlures, constipation.

A plusieurs reprises, par suite d'impossibilité d'ingestion alimentaire, on a pratiqué chez le malade du cathétérisme œsophagien ; le spasme a ainsi cédé.

La langue est saburrale ; absence de dent ; pas de douleur épigastrique ; ventre un peu tendu ; léger clapotage stomacal.

Foie un peu augmenté de volume. Pas d'albuminurie, de glycosurie, d'indicanurie.

Les réflexes sont normaux. Zone d'anesthésie et d'hypoesthésie ; crises de tremblements.

Etat général assez bon ; pas d'amaigrissement notable.

OBSERVATION XVI (1)

Une dame, déjà âgée, est inquiète, depuis plusieurs mois, de vertiges qui lui laissent à peine quelques instants de tranquillité ; les vertiges se

(1) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 10^e édit., t. III, p. 7.

manifestent à la plus légère occasion et vont jusqu'à produire un état syncopal qui force la malade à se tenir couchée. Le mouvement de la rue, la vue des personnes qui passent devant elle, celle des voitures en marche, produisent ces vertiges au point que la malade n'ose plus sortir de sa chambre.

La patiente se croyant constamment menacée d'une attaque d'apoplexie se soumet à un régime sévère; elle se contente de potage et de bouillon « de peur d'augmenter l'abondance de son sang ». L'appétit diminue quoique les digestions soient régulières; la malade se cachectise; pas de constipation.

Un médecin qui l'examine est frappé par sa maigreur et la teinte jaune de sa peau; il croit à l'existence d'une affection cancéreuse; aucun signe ne confirme son diagnostic et il ne tarde pas à se convaincre que les accidents vertigineux dépendent d'une perturbation des fonctions nutritives et sont exagérées par le fait de l'abstinence. Un deuxième médecin appelé en consultation est du même avis.

Une médication tonique, une alimentation réparatrice amènent, au bout de huit jours, un changement notable; les vertiges sont moins fréquents et finissent bientôt par disparaître. Six semaines après, l'embonpoint et la santé sont revenus.

OBSERVATION XVII (Inédite et Personnelle)

L. P..., vingt ans, entre à l'hôpital Saint-André, salle 14, lit 14, pour des troubles d'estomac et des vertiges.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

L... a eu, il y a quatre ans, une bronchite chronique. Au cours de cette affection est survenue une néphrite avec quelques symptômes urémiques.

L... souffre de l'estomac depuis un an; ses crises gastriques surviennent par intervalles, environ tous les dix à quinze jours.

Notre malade ressent des douleurs de tête assez fréquentes, quoique peu accentuées, avec sensation persistante de pesanteur sur le front.

Il a des crises de vertige passagères et d'intensité variable; ces crises commencent par des troubles oculaires; le malade a un brouillard devant les yeux; la faiblesse dans les jambes est constante. Parfois, L... a en même temps des sueurs froides, des palpitations, de l'angoisse, des bourdonnements d'oreille; jamais de vomissements, ni de perte de connaissance.

Les crises de vertige, assez nombreuses, surviennent souvent après le repas de midi; depuis cinq à six mois elles sont devenues plus fréquentes.

L... ressent aussi des maux d'estomac, le matin à jeun; les douleurs sont calmées après l'ingestion des aliments. Sensation persistante de la faim. Ballonnement passager de la région gastrique; renvois aigres; pas d'éruclations; la constipation est habituelle.

Le malade a une haleine fétide, la langue sale et chargée; sa dentition est en bon état; pas de troubles de déglutition.

Le ventre est souple dans la partie inférieure; la sensibilité épigastrique est assez prononcée; clapotage léger; le foie est normal; les urines ne renferment pas d'éléments anormaux. Les réflexes et la sensibilité n'offrent rien de particulier. Rien de particulier à noter aux autres organes.

On a fait suivre à ce malade un régime mixte et on lui donne des alcalins, des laxatifs, et au bout de peu de jours le malade sort guéri de l'hôpital.

*
**

Dans les observations précédentes, on retrouve des faits qui viennent à l'appui de plusieurs des considérations sur lesquelles nous avons attiré l'attention à propos du vertige stomacal.

Chez les malades qui font l'objet des observations II, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVII, l'examen n'a pas manifestement révélé de troubles autres que ceux de l'appareil digestif pouvant être invoqués dans la production des symptômes vertigineux. La discussion du diagnostic permet de conclure à la relation nette des deux manifestations

pathologiques. Il ressort aussi de cette discussion que le vertige peut s'observer indistinctement dans différentes formes de dyspepsies.

Dans l'observation I, il s'agit d'une dyspeptique qui a fait de la monoplégie hystérique. Des phénomènes vertigineux sont apparus et ont coïncidé avec une exagération des troubles dyspeptiques. Chez cette malade, les phénomènes gastro-intestinaux paraissent vraisemblablement être aussi intervenus dans la production des vertiges.

Dans l'observation III, on relève des troubles annexiels anciens qui se sont amendés; le vertige n'a pas suivi la même évolution; il a persisté avec les troubles dyspeptiques qui l'ont manifestement précédé; un traitement approprié a commencé à faire rétrocéder les troubles vertigineux.

Dans l'observation V, il s'agit d'une malade qui, en dehors de phénomènes dyspeptiques, a présenté de la ptose intestinale avec atonie; il est difficile de faire la part exacte qui revient dans la manifestation du vertige, aux troubles gastriques et intestinaux, tous deux sont en effet susceptibles, suivant les idées actuellement admises, de produire des symptômes vertigineux.

Chez le malade de l'observation XV, le diagnostic présente quelques difficultés; l'état vertigineux n'a pas tout à fait les caractères habituels; il est, de plus, survenu après un traumatisme crânien, et il coexiste avec des troubles névropathiques (spasme œsophagien, douleurs de tête, troubles de la sensibilité, tremblements) survenus consécutivement à l'accident. Les phénomènes dyspeptiques sont peu nets; malgré un régime assez sévère, il y a peu d'amélioration dans les vertiges qui paraissent plutôt sous la dépendance d'un hystero-traumatisme.

Chez divers malades (obs. IV, XIII par exemple), des vertiges assez intenses coexistent avec des symptômes dyspeptiques très peu accusés.

Souvent, les troubles vertigineux ne sont pas reliés par les malades eux-mêmes à une affection stomacale ou gastro-

intestinale. C'est par exemple le cas des malades qui ont fait l'objet des observations IV, VI, XIV, XVI.

Le médecin ne doit donc pas se laisser influencer par le récit des personnes qui viennent le consulter. Si celles-ci présentent des vertiges, il doit pousser ses investigations du côté du tube digestif et établir par un diagnostic différentiel, la cause exacte de ces vertiges.

Il y a parfois de la difficulté à atteindre ce but (obs. III, V, X, XI, XV, XVI) et des erreurs de diagnostic peuvent être faites.

D'ailleurs, plusieurs facteurs étiologiques peuvent être parfois invoqués (obs. I, III, V, X, XV). Dans de tels cas, il est indiqué de ne pas s'en tenir à un traitement exclusif gastro-intestinal. C'est ainsi que dans l'observation V, par exemple, le port d'une ceinture hypogastrique pourra utilement venir en aide pour l'amélioration des vertiges ; de même, le malade de l'observation XV pourra avoir son état amélioré par l'institution d'un traitement psychothérapique, hydrothérapique, etc. Pour la malade de l'observation I on ne devra pas négliger le traitement de sa névrose, pour la malade de l'observation XII celui de son anémie, etc.

Les malades sont en général très inquiets de leur état vertigineux (obs. II, V, VIII, IX, XI, XII, XIII, XVI). Ils vivent parfois dans une crainte exagérée de troubles cérébraux : leur état est aussi quelquefois assez grave et inquiétant (obs. XVI par exemple).

Aussi, le diagnostic de vertige stomacal étant posé, il est permis aussitôt au médecin de rassurer son malade et très souvent de l'améliorer rapidement par un traitement approprié (obs. III, IV, IX, XI, XIII, XIV, XVI). Parfois, cependant, il peut y avoir des réserves à faire au point de vue de l'efficacité de ce traitement.

Un diagnostic exact sera aussi d'une grande importance pour d'autres raisons. C'est que les vertiges non soignés rationnellement vont souvent en augmentant de fréquence et d'intensité (Obs. II, III, IV, IX, XI, XVI, XVII). De plus, un

traitement mal dirigé est non seulement inefficace, mais aussi préjudiciable (Obs. XVI), et il peut aussi y avoir sur l'état général des retentissements très accusés (Obs. XVI, par exemple).

Disons enfin qu'un grand nombre de phénomènes, signalés plus haut dans l'étude du vertige stomacal, concordent avec ceux relevés chez les malades dont nous avons rapporté l'observation : pas de perte de connaissance; variabilité de l'intensité, de la durée et du moment d'apparition des vertiges; début brusque de ces vertiges; troubles oculaires variés; troubles divers de l'équilibration, sans chute cependant; troubles d'émotivité; influence prédisposante de l'état névropathique, du surmenage intellectuel et physique, du mauvais état général; influence occasionnelle du tabac, des boissons en excès, des mouvements, du changement brusque de position, etc.

CONCLUSIONS

Le vertige stomacal est une complication fréquemment observée chez les dyspeptiques.

On le rencontre dans des formes très variées de dyspepsies.

Les troubles vertigineux sont rarement rattachés par les malades à des troubles gastriques; la relation manifeste qui peut souvent exister entre les symptômes vertigineux et dyspeptiques doit donc être mise en évidence par le médecin.

Les vertiges peuvent être très accusés, même avec des troubles dyspeptiques minimes.

Chez les personnes atteintes de vertige stomacal, plusieurs facteurs prédisposants ou occasionnels peuvent intervenir dans la genèse des symptômes observés.

Le diagnostic de vertige stomacal est de première importance, en particulier à cause de l'institution d'un traitement approprié.

Ce diagnostic, généralement facile à poser, offre, dans certains cas, des difficultés réelles.

Souvent, le vertige stomacal s'amende et guérit grâce à un traitement gastro-intestinal.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse.

A. VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 9 juillet 1908.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — Vertiges. In *Traité de médecine* (Brouardel et Gilbert), t. VIII, p. 602.
- BERGER. — Du vertige *a stomacho læso*. *Deutsche Zeitsch. f. die pract. Med.*
- BONNIER. — Le vertige. Paris, 1904.
- BROELIM. — Article Dyspepsie. *Dict. encycl. des sc. méd.*, de Dechambre.
- DA COSTA. — Clinique sur un cas de vertige stomacal. *Boston med. and surg. Journal*, 1879.
- DÉJÉRINE et GAUCKLER. — Les fausses gastropathies. *Presse Méd.*, nos 25 et 27, 1906.
- DÉJÉRINE. — Article Vertiges. In *Traité de pathol. gén.*, de Bouchard, t. V, p. 64.
- DIEULAFOY. — *Traité de pathologie interne*, tome II.
- ELSNER. — La signification clinique et pathologique du vertige. *Med. News.*, 1892.
- GRASSET. — Le vertige. *Rev. philosophique*, mars-avril, 1901.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Article Vertige. *Dict. encycl. des scienc. méd.*, de Dechambre.
- Leçons sur le vertige. *Gaz. des hôpitaux*, 1871. *Cliniques médic.*, 1874.
- HITZIG. — Article Vertigo, dans *Specielle pathologic und therapic.*, Band. XII, 2^e Nothnagel.
- JACKSON (H.). — Cité par Parker. On Vertigo. Brain, 1884-85.
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du larynx et du pharynx, tome I,

- LANNOIS et CHAVANNE. — Formes cliniques du syndrome de Ménière. *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'oto. rhino. laryng.*, 1908.
- LASÈGUE. — Article Vertige. *Dict. encycl. des scienc. méd.*, de Dechambre
- LYON (G.). — Clinique thérapeutique, 1905.
- LEUBE. — Sur le vertige intestinal. *Arch. f. Klin. Med.*, Band XXXV.
- LEVEN. — Du vertige. *Mémoires de la Société de biologie*, 1882.
- LEROUX. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- MATHIEU. — Contribution à l'étude du vertige et en particulier du vertige épileptique. Thèse Paris, 1901.
- MENDEL. — Du vertige. *Berl. Klin. Woch.*, 1^{er} juillet 1896.
- MACKENZIE. — Article Vertige. *Dictionnaire de Quain*, 1882.
- MIFFRE. — Thèse de Bordeaux, 1905.
- RANJARD. — Thèse de Paris, 1904-1905.
- ROBIN. — Article Dyspepsie. *In Traité des maladies de l'estomac*. (2^e fasc).
- RUEFF. — Etude sur les troubles nerveux d'origine gastrique. Thèse Paris, 1880.
- SELLIER. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903.
- SOUPAULT. — *Traité des maladies d'estomac*.
- GRANIGER STEWART. — *Clinical lectures on giddiness*. Edimbourg, 1884.
- TROUSSEAU. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. III, 10^e édit.
- WEILL. — Des vertiges. Thèse d'agrégation, 1886.
- WOAKES. — *American J. off. med. scienc.*

